

# Políticas Públicas e Saúde Mental: análise da perceção dos cidadãos

**Cátia Vanessa Pinto da Graça Effertz**

Orientador: Prof. Doutor Pedro Miguel Alves Ribeiro Correia

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
em Gestão e Políticas Públicas

Lisboa  
2019

[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)



“In moving forward, it is important to learn from the past and, in looking back, it is clear that we can do better in the future”.

(Margaret Chan in World Health Organization, 2008)

## Agradecimentos

A minha jornada académica no ISCSP foi muito enriquecedora.

Começo por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Pedro Correia, sem cuja orientação e encorajamento este trabalho não teria sido possível e pela inquestionável ajuda do conhecimento no campo estatístico, que resultou ser muito importante para caracterizar a viabilidade dos inquéritos e a análise dos resultados.

Ao Professor Ricardo Ramos Pinto e ao Professor Alexandre Nunes pelas anotações cruciais e perseverança.

Expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os funcionários do ISCSP que de alguma forma contribuíram para o trabalho desenvolvido.

A todos os disponibilizaram parte do seu tempo para preencherem o inquérito por questionário.

Sou grata à minha melhor amiga Susana, pelas suas frutíferas discussões, ajuda, motivação e compreensão que se revelaram indispensáveis para fazer a minha jornada académica mais leve.

Gostaria de agradecer à minha família por todo o apoio e em especial à minha irmã Andreia, que me despertou o interesse por esta área e a quem se deve a escolha deste tema.

Como não poderia deixar de ser tenho de agradecer à minha sogra Cristina que me impulsionou a retomar os estudos e a terminar este capítulo da minha vida. O meu profundo e sincero obrigada, sem ela esta tese não tinha sequer começado.

Finalmente, quero agradecer ao meu marido, Pedro, amigo e companheiro cujos *inputs* foram extremamente relevantes na estrutura e composição desta pesquisa, mas acima de tudo por ser tão especial, dedicado, paciente, compreensivo e um elemento fundamental para que eu tivesse disponibilidade e apoio para me dedicar a esta pesquisa.

## Abstract

Since the emergence of the New Public Management model that aims to integrate private sector tools in the public to achieve more effectiveness and efficiency, two more paradigms of Public Administration have emerged to address the challenges facing countries, called New Public Service and New Public Governance. These latter two models, while highly theoretical, focus their attention on the partnership between the public sector and the citizen in order to find optimal solutions to fill market failures.

In terms of Mental Health the studies are meager. The question of collective well-being, economic productivity and social equality is almost automatically associated with Mental Health. With the exponential and progressive increase of people with mental illness, the problem is worrying globally. The National Mental Health Plan 2007 - 2016, to be extended by 2020, promoted by the World Health Organization, is a reflection of this concern.

This research aims to give citizens a voice to understand their position in terms of accountability of the State, others stakeholders, the citizen and also regarding concepts such as inclusion, exclusion, social justice and reciprocity and stigma in relation to individuals with mental disorders.

It was possible to conclude that there are two groups with opposing opinions regarding public policies. One of the groups is skeptical and the other that encompasses most of the respondents is more credulous. The group with more positive attitudes assign the responsibility to the State as well as the family, religious institutions and the patient himself in his recovery. They argue that it is fair for taxpayers to pay for treatments and other costs incurred in Mental Health care without recapturing any consideration. It is also the group that shows more stigma in relation to the mentally ill, which causes social exclusion, facilitating unemployment, lowering productivity and, consequently, social inequalities. These results justify the importance of State intervention and the successful implementation of health policies such as the National Mental Health Plan 2007-2016, extended until 2020.

**Keywords:** Public Policies, New Public Management, Health Policies, Mental Health, Stigma, Plano Nacional de Saúde Mental.

## Resumo

Desde a implementação do modelo da *New Public* surgiram mais dois paradigmas da Administração Pública para fazer face aos desafios que os países enfrentam, denominam-se de *New Public Service* e *New Public Governance*. Estes dois modelos, ainda que altamente teóricos, focam a sua atenção na parceria entre o setor público e o cidadão de forma a encontrarem soluções ótimas para colmatar as falhas de mercado.

Em termos de Saúde Mental, Administração Pública e Políticas Públicas os estudos ainda são poucos. A questão de bem-estar coletivo, produtividade económica e igualdade social associa-se quase automaticamente à Saúde Mental. Com o aumento exponencial e progressivo de indivíduos com doenças mentais, o desafio é global. O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007 – 2016 com extensão até 2020, impulsionado pela Organização Mundial de Saúde, é reflexo dessa preocupação. Esta investigação visa dar voz aos cidadãos no sentido de determinar a sua posição em termos de responsabilização individual, do Estado, de outros *stakeholders*, e ainda relativamente a conceitos como inclusão, exclusão, justiça social e reciprocidade e estigma em relação aos indivíduos com transtornos mentais.

Foi possível concluir que existem dois grupos com opiniões opostas em relação às políticas públicas. Um dos grupos é mais cético e o outro que engloba a maioria dos entrevistados, é mais crédulo em relação às políticas públicas. Os crédulos responsabilizam tanto o Estado como a família, instituições religiosas e o próprio doente na sua recuperação. Defendem que é justo os contribuintes pagarem pelos tratamentos e outros custos desenvolvidos nos cuidados de Saúde Mental sem receberem nenhuma contrapartida. É também o grupo que apresenta mais estigma em relação aos doentes mentais o que origina a exclusão social, facilitando o desemprego, a quebra de produtividade e consequentemente as desigualdades sociais. Estes resultados justificam a importância da intervenção do Estado e da efetiva implementação de políticas públicas como o PNSM 2007-2016 com extensão até 2020.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas, Nova Gestão Pública, Políticas de Saúde, Saúde Mental, Estigma, Plano Nacional de Saúde Mental.

## Índice de Quadros

<b>Quadro 2.1</b> – Perspetiva do New Public Management	17
<b>Quadro 2.2</b> – Outras críticas à perspetiva do New Public Management	20
<b>Quadro 2.3</b> – Objetivos da New Public Governance	22
<b>Quadro 4.1</b> – Objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016	44
<b>Quadro 4.2</b> – Ações propostas no Plano de Ação da OMS 2013	45
<b>Quadro 4.3</b> – Principais aspetos positivos, negativos e barreiras ao sucesso dos planos de saúde mental	50
<b>Quadro 6.1</b> – Caracterização da amostra – Variáveis de caracterização pessoal	58

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 6.1</b> – Dimensão 1 – Consciência e experiência pessoal com doença mental	61
<b>Gráfico 6.2</b> – Respostas à questão - Já teve algum transtorno mental?	61
<b>Gráfico 6.3</b> – Respostas à questão - Durou mais de 1 ano?	61
<b>Gráfico 6.4</b> – Respostas à questão - Tem algum transtorno mental crónico?	62
<b>Gráfico 6.5</b> – Respostas à questão – Se respondeu sim, esse transtorno impediu-o de trabalhar?	62
<b>Gráfico 6.6</b> – Respostas à questão – Conhece alguém com transtorno mental?	62
<b>Gráfico 6.7</b> – Dimensão 2 – Responsabilização do Estado	64
<b>Gráfico 6.8</b> – Dimensão 3 – Responsabilização de outros <i>stakeholders</i>	65
<b>Gráfico 6.9</b> – Dimensão 4 – Causas da doença mental e a necessidade de serviços especiais. Responsabilização do cidadão	66
<b>Gráfico 6.10</b> – Dimensão 5 – Medo e exclusão das pessoas com doenças mentais	68
<b>Gráfico 6.11</b> – Dimensão 6 – Justiça Social e Reciprocidade	69
<b>Gráfico 6.12</b> – Dimensão 7 – Capacidades do indivíduo com doenças mentais – Inclusão Social	71
<b>Gráfico 6.13</b> – Comparação entre o nível de concordância de todas as dimensões e os dois clusters	73



## **Lista de Abreviaturas**

**AP** – Administração Pública

**CRP** – Constituição da República Portuguesa

**NPM** – *New Public Management*

**NPS** – *New Public Service*

**NPG** – *New Public Governance*

**PNSM** – Plano Nacional de Saúde Mental

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**WHO** – *World Health Organization* (OMS em português)

## Índice Geral

Agradecimentos	III
Abstract	IV
Resumo	V
Índice de Quadros	VI
Índice de Gráficos	VII
Lista de Abreviaturas	VIII
<b>1 Introdução</b>	<b>03</b>
1.2 Objetivos gerais e específicos	07
<b>2 Enquadramento teórico e concetual</b>	<b>09</b>
2.1 Estado da Saúde Mental em Portugal e no Mundo	09
<b>3 Modelos de Administração Pública e abordagens para a reforma do setor público com particular ênfase no setor da saúde</b>	<b>13</b>
3.1 <i>New Public Management</i>	14
3.2 <i>New Public Governance</i>	21
3.3 <i>New Public Service</i>	27
<b>4 As políticas no setor da saúde</b>	<b>33</b>
4.1 Algumas definições de Saúde e Saúde Mental	35
4.2 A aplicação das novas medidas de Administração Pública ao setor da Saúde	37
4.3 Os paradigmas da Administração Pública e as Políticas de Saúde em Portugal	42
4.4 Plano Nacional de Saúde Mental 2006 – 2017 com extensão a 2020	43
<b>5 Metodologia</b>	<b>53</b>
5.1 Problemática da investigação	53
5.2 Métodos e Técnicas de Análise	54
5.3 Instrumentos de Recolha e Análise de Dados	54
<b>6 Análise e Discussão de Dados</b>	<b>57</b>
6.1 Caracterização da Amostra	58
6.2 Análise das Dimensões	60
6.2.1 Dimensão 1	60
6.2.2 Dimensão 2	63
6.2.3 Dimensão 3	64

6.2.4 Dimensão 4	65
6.2.5 Dimensão 5	66
6.2.6 Dimensão 6	68
6.2.7 Dimensão 7	71
6.3 Análise Comparativa entre dimensões	73
<b>7 Conclusões</b>	<b>75</b>
7.1 Limitações do Estudo	76
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>79</b>
<b>Anexos</b>	<b>89</b>

# Capítulo 1

## Introdução

Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão e Políticas Públicas, tendo como bases as áreas interdisciplinares de Ciência Política e Administração Pública. O estudo das políticas públicas não se esgota nestas disciplinas (Bilhim, 2016), por isso o recurso a conceitos oriundos de outras Ciências Sociais ocorrerá sempre que se considerar relevante.

A saúde é fundamental na estratégia de crescimento global, competitividade e desenvolvimento sustentável. Uma economia saudável depende de uma população saudável. Sem isso, os empregadores perdem a produtividade do trabalhador e os cidadãos ficam privados do seu crescimento potencial e qualidade de vida. Estes fatos agravam-se tendo em conta que população vai envelhecer nas próximas décadas. O impacto deste envelhecimento demográfico dependerá crucialmente da nossa capacidade de manter os cidadãos saudáveis e ativos ao longo das suas vidas mais longas. Estamos a adicionar anos à vida, mas devemos também adicionar vida saudável a esses anos.

O estigma e a discriminação contra pessoas que vivem com transtornos mentais afetam a própria educação, emprego, acesso a cuidados de saúde e dificultam a capacidade de contribuir para a sociedade. O bem-estar proveniente da saúde mental está intimamente associado a vários *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* e a setores de desenvolvimento económico, incluindo educação, participação da força de trabalho e produtividade (Organização das Nações Unidas, 2015). O acesso limitado aos cuidados de saúde mental aumenta o sofrimento do paciente e da família. As necessidades de saúde mental, não satisfeitas, têm um efeito negativo nas iniciativas de redução da pobreza e no desenvolvimento económico. As condições mentais não tratadas contribuem para a perda económica, porque aumentam as taxas de absentismo, evasão escolar e de trabalho e gastos com saúde e desemprego (Ngui, Khasakhala, Ndetei, & Roberts, 2010).

Esta realidade leva à criação de políticas públicas não só ao nível da saúde como também da educação, emprego e serviços sociais.

A integração das políticas de educação e formação com políticas de emprego promovem a inclusão social na vida profissional e previnem a exclusão (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006). Tal como as políticas de saúde mental poderão promover o acompanhamento, tratamento e eventual cura do cidadão com transtornos mentais e o combate ao estigma. Exemplo disso é o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 agora alargado até 2020.

Dadas as implicações referidas, controlar o aumento do número de indivíduos com doenças mentais é um desafio de interesse mundial (World Health Organization, 2001).

É necessária uma boa colaboração e parceria horizontal, especialmente entre os responsáveis pelas políticas sociais, de saúde, educação e emprego, agentes e parceiros sociais (Stahl et al., 2006).

"O excesso de formalismo, os elevados custos de funcionamento, a desresponsabilização e a ineficiência foram algumas das disfunções que estiveram na origem de um conjunto de alterações que se impõem para uma reforma na Administração Pública" (Fortunato, 2014, p. 12).

"A ideia de introduzir mais racionalidade e eficiência na gestão da administração pública em geral e no setor da saúde em particular iniciou-se no Reino Unido com um conjunto de reformas conhecidas por *Management*, implementadas por Margaret Thatcher" (Nunes & Harfouche, 2015, p. 2), sendo que o principal móbil era o combate ao aumento da despesa pública.

Nunes e Harfouche (2015) referindo Fitzgerald, L., Ferlie, E., Ashburner, L., & Pettigrew (1996) sublinham que a Administração Pública foi fortemente influenciada por mecanismos e ferramentas de gestão do setor privado, nomeadamente a introdução de concorrência e a criação de pseudomercados.

Segundo Gonçalves (2008, p. 55) na sequência destas reformas, "a grande experiência a nível de gestão hospitalar foi, sem dúvida, a empresarialização de 34 hospitais do SNS em 31 hospitais SA".

O mesmo autor reitera que embora a Constituição da República de 1976 previsse a universalidade e gratuidade dos serviços de saúde públicos, só em 1979 é que as políticas

para a saúde previstas nos termos do artigo 64º da Constituição de 1976 foram implementadas.

Nunes (2016, p. 51) assume que "a gestão passou a ser orientada para os resultados, obedecendo a regras de gestão empresarial, não descurando a universalidade e a responsabilidade social do Estado no setor da saúde".

O Estado assumiu a responsabilidade de financiamento e prestação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como consequência o acesso aos cuidados de saúde tornaram-se mais acessíveis, a oferta aumentou e eram disponibilizados cuidados de saúde gratuitos (Nunes & Harfouche, 2015).

Os diversos papéis e funções do Estado dentro do processo de reforma da Administração Pública portuguesa são temas integrantes da agenda do setor da saúde (Harfouche, 2008).

Nas últimas décadas, os *stakeholders* da administração pública foram redefinidos, ampliando as suas fronteiras para além do Estado, passando a incluir organizações não governamentais, entidades do setor privado e da comunidade e instituições voltadas à inclusão dos cidadãos no processo de formulação, implementação e controlo de políticas públicas (Farah, 2011).

Nesta investigação pretende-se identificar o papel do Estado e de outras partes interessadas na área das políticas de Saúde Mental enquadrada na perspetiva do *New Public Management*, mas também de outras correntes como o *New Public Governance* e o *New Public Service*.

Estes dois modelos colocam a ênfase no cidadão, procurando sinergias entre os mecanismos públicos e as necessidades dos indivíduos. Destaca-se do atual modelo no sentido que pretende dar “voz” aos cidadãos. O próprio Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2006 com extensão até 2020 pretende criar condições para uma cooperação entre médico e utente, onde este último participa na sua recuperação, partilhando a sua opinião.

Apesar destas correntes teóricas estarem a emergir como forma de dar resposta às falhas de mercado e à diminuição da despesa pública que o *New Public Management* não conseguiu colmatar, podem estar longe de serem implementadas na sua plenitude.

Estes modelos não têm sido muito debatidos em termos de políticas públicas de saúde mental e é neste ponto que esta investigação pretende inovar ao tentar definir as posições dos portugueses face às políticas públicas, com especial foco para o PNSM.

Aplicou-se um inquérito por questionário, a cerca de 400 cidadãos portugueses, com o intuito de clarificar as suas atitudes em relação às políticas públicas. Criaram-se dimensões associadas à responsabilização do Estado, de outros *stakeholders* e/ou do doente mental na promoção da Saúde Mental interligando-as com outras dimensões como o estigma, a justiça social, reciprocidade e exclusão/inclusão social.

## 1.2 Objetivos gerais e específicos

### Objetivos Gerais

- Definir a posição dos portugueses em relação às Políticas Públicas de Saúde Mental;
- Confrontar/comparar a posição dos portugueses em torno de conceitos como saúde mental, o estigma e preconceito, inclusão social, reciprocidade e justiça social;
- Compreender de forma geral a perceção dos cidadãos portugueses em torno de conceitos como saúde mental, o estigma e preconceito, inclusão social, reciprocidade e justiça social.

### Objetivos específicos

- Descrever a Teoria da Administração Pública – *New Public Management*;
- Expor os novos paradigmas da Administração como o *New Public Service* e a *New Public Governance*;
- Analisar a conjuntura atual em termos de Saúde Mental em Portugal e no Mundo tentando justificar a importância dos números e das projeções futuras para a necessidade de políticas públicas na área da saúde mental;
- Explorar o impacto da Saúde Mental na economia e saúde de um país;
- Compreender a relação entre dimensões como a responsabilização do Estado, família, comunidade e cidadão e o estigma, justiça social, reciprocidade e exclusão social;
- Descrever o Plano Nacional de Saúde Mental.





## Capítulo 2

### Enquadramento teórico e concetual

Nos últimos anos, um número crescente de trabalhos científicos, livros, ensaios, comentários, guias e ferramentas têm explorado diferentes facetas da política de saúde pública.

#### 2.1 Estado da Saúde Mental em Portugal e no Mundo

Segundo um estudo concluído por (Gustavsson et al., 2011) o custo estimado por pessoa, (em biliões de euros) com perturbações cerebrais foi o seguinte:

- Dependência: 65,7;
- Transtornos de ansiedade: 74,4;
- Transtornos criança/adolescente: 21,3;
- Demência: 105,2;
- Epilepsia: 13,8;
- Incapacidade mental: 43,3;
- Perturbações do humor: 113,4;
- Distúrbios de personalidade: 27,3;
- Distúrbios psicóticos: 93,9;

Os custos diretos constituem a maioria das despesas, enquanto os restantes (cerca de 40%) são custos indirectos associados às perdas de produção dos doentes.

Num relatório da Direção Geral de Saúde (2017), pode ler-se que os distúrbios de depressão e ansiedade são perturbações altamente prevalentes e incapacitantes, que resultam não só numa enorme quantidade de miséria humana e perda de saúde, mas também numa

perda de resultados económicos<sup>1</sup> (Chisholm et al., 2016). Esta análise sugere que o investimento mundial entre 2016 e 2030 para aumentar substancialmente a eficácia da cobertura de tratamento para a depressão e para os distúrbios de ansiedade seja, de aproximadamente 18 biliões de dólares em tratamentos.

No entanto, esse investimento é satisfatoriamente justificado, pois em cada euro gasto ganham-se quatro em saúde e capacidade de trabalho, concluem os investigadores.

Germann e Ardiles (2009) afirmam que os governos devem adoptar uma abordagem equilibrada em relação à política nacional de saúde mental, reflectindo tanto a promoção como a prevenção da saúde mental, tendo simultaneamente em conta as desigualdades em matéria de saúde mental e os determinantes sociais mais vastos da saúde.

No entanto, em muitos países de rendimento baixo e médio, as pessoas que vivem na pobreza correm um risco acrescido de problemas de saúde mental devido ao aumento dos níveis de stress, exclusão social, falta de capital social, subnutrição e exposição à violência e aos traumas, todos estes factores estão relacionados com a saúde mental que é muitas vezes negligenciada pelos responsáveis políticos (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Em 2030, estima-se que as doenças de foro mental passem a ser a primeira causa de incapacidade a nível mundial (Direção-Geral da Saúde, 2014). As crises socioeconómicas têm efeitos profundos na saúde mental e no aumento de comportamentos de risco, tais como toxicod dependência e álcool. Por conseguinte, os mais pobres continuam a ser os mais doentes, num ciclo inquebrável de pobreza e doença, que urge por um fim, quer por uma questão de direitos humanos quer pelo custo económico (OPSS, 2016).

---

<sup>1</sup> Tradução livre do artigo citado.

Em Portugal, doenças como a esquizofrenia afetam mais de 48 mil pessoas, 8 mil não recebem qualquer tipo de acompanhamento (Gouveia et al., 2017).

O atual Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa acredita que existam dois grandes hemisférios que se dividem relativamente à saúde em Portugal, quanto ao papel do Estado, das instituições particulares de solidariedade social e dos privados, e que devem tentar chegar a um compromisso. (Diário de Notícias, 2018).

A evolução da perspectiva da Administração Pública, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, supõe que o Estado deva estar atento às especificidades da saúde, pois, ao ter um papel fundamental no sistema de saúde, não pode geri-lo apenas com base numa burocracia nem somente como um negócio (OPSS, 2001).



## Capítulo 3

### **Modelos de administração pública e abordagens para a reforma do setor público, com particular ênfase no setor da saúde**

Para se compreender de forma mais abrangente o papel da Administração Pública, a sua evolução e aplicação num Estado moderno, torna-se relevante referir a sua evolução histórica no século XX, começando pelo *New Public Management* passando pelos modelos mais recentes, como o *New Public Service* e *Public Governance*.

Nos anos 80, com o objetivo de reduzir a despesa pública e tornar a máquina do Estado minimalista, mais eficaz, eficiente e racional surgem líderes um pouco por todo o mundo, como Margaret Thatcher (Reino Unido), Ronald Reagan (Estados Unidos) e Robert Hawke (Austrália) que implementam, nos seus países, um conjunto de reformas neo-liberais que transportam para a Administração Pública instrumentos e ferramentas de gestão empresarial (Carvalho, 2008; Fonseca, 2010) .

As reformas que se foram instituindo ao longo dos tempos ficaram conhecidas mais tarde como *New Public Management*.

Dadas as dificuldades económicas que se faziam sentir, o crescimento demasiado acelerado da Administração Pública e a impossibilidade de conseguir mais receita através da cobrança de impostos, o *New Public Management* parece surgir como uma resposta política a esta crise do Estado Providência (Fonseca, 2010).

O autor acrescenta que a reforma administrativa criou o mote que tornou possível a preponderância do *New Public Management*, no entanto é impossível provar que esta conjuntura foi a determinante causal do surgimento deste modelo de Administração Pública.

Bilhim (2013) refere que o carácter comercial e industrial sujeito às regras do direito privado permitiu o desenho de um serviço público dotado de uma visão mais gestionária, sujeita às leis de mercado e concorrência.

Nunes e Harfouche (2015, p. 2) sublinham que “com a Constituição da República portuguesa em 1976, o Estado passou a ser um Estado prestador de serviço público”.

Citando Bilhim (2000) os autores acrescentam que a implementação deste paradigma só ocorreu depois da revisão constitucional de 1989 que permitiu profundas alterações a nível económico dando lugar a privatizações.

Robinson (2015) argumenta a necessidade de mudar de uma preocupação com a forma organizacional e funcional para dar maior ênfase ao cidadão e às motivações e incentivos que impulsionam o serviço público. Afirmar ainda que a partir de 2000, houve uma tendência discernível para um modelo emergente denominado de *New Public Service*, *New Public Governance* ou o pós-*New Public Management* (Denhardt & Denhardt, 2000; Dunleavy & Hood, 1994; Osborne, 2006).

Laegreid e Christensen (2011) defendem que o *New Public Management* está longe de ter terminado, tendo sido, no entanto, bastante desafiado. Foram adicionados novos tipos de reformas, existiram algumas reversões, uma reafirmação do centro, o fortalecimento da capacidade central de políticas e iniciativas globais/governamentais para melhorar a coordenação entre elas.

A emergência de formas híbridas de gestão pública relacionadas com elementos dos três paradigmas apresenta-se como uma consequência inevitável das mudanças globais.

Por ter um peso considerável no Orçamento de Estado, o setor da saúde não fica de fora dessas mudanças, maioritariamente à custa da inovação terapêutica e tecnológica (Nunes, 2016; Simões, 2004).

Este capítulo aborda o *New Public Management* e os recentes paradigmas - *New Public Service* e *New Public Governance*, finalizando com as reformas do setor da saúde integradas no *New Public Management*.

### **3.1 New Public Management (NPM)**

As crises económicas, o risco de extinção do Serviço Nacional de Saúde, o aumento exponencial do número de pessoas afetadas por distúrbios psicológicos que, se revela num

custo preocupante em termos de perda de produtividade (World Health Organization, 2001), o aumento de carga para a sociedade (Direção-Geral da Saúde, 2014) e as pressões sociais levam a uma urgência de reformas e de uma procura por diferentes perspetivas com vista a encontrar soluções alternativas.

Por isso, se considera importante enquadrar a *New Public Management* (NPM) para se delinear a esfera de ação do Estado à luz desta teoria, confrontando-as com as atitudes dos portugueses em relação às políticas de saúde mental onde se incluem dimensões como a responsabilização dos vários *stakeholders*, o estigma, a exclusão/inclusão e a justiça social.

A *New Public Management*<sup>2</sup>, um movimento de influências anglo-saxónicas. Surgiu em Portugal, nos anos 80, no qual:

o Estado assumiu um papel regulador e, através da regulação, o poder de orientação e o controle da atividade económica. Assim, o Estado pode surgir na forma de empresário, produtor ou distribuidor de bens e serviços ou na forma de regulador, que condiciona, fiscaliza e promove a atividade do mercado (Nunes & Harfouche, 2016, p. 18).

O reforço das funções reguladoras, por parte do Estado, não significou, no entanto, a diminuição das suas responsabilidades e participação na prestação de cuidados de saúde. As atividades de regulação, acompanhamento, fiscalização e controlo não diminuíram a função de principal prestador do serviço público (Fernandes & Nunes 2016).

Entre outros fatores, o acréscimo de despesas públicas incitou a que se procurassem novas medidas com vista a controlar e diminuir os custos públicos, encontrando balanço entre a eficácia e a eficiência. Para tal, contou-se com a importação de ferramentas do setor privado para o público, incorporando na esfera pública uma visão empresarial. Este fenómeno também ficou conhecido como *managerialismo* (Nunes & Harfouche, 2015).

---

<sup>2</sup>A teoria do New Public Management (Nova Gestão Pública) foi proposta em 1992 por David Osborne e Ted Gaebler no livro *Reinventing Government*.



A implementação de técnicas empresariais no setor público com vista a otimizar os recursos, a responsabilização individual e o envolvimento do cidadão nos processos políticos são apenas algumas das reformas efetuadas em termos da Administração Pública.

Nunes e Harfouche (2015) referem que Hood (1991) define a NPM como um modelo de gestão pública centrado nos cidadãos (vistos como clientes) e concebe-o como argumento administrativo e filosofia administrativa aceite.

Pollitt (1990) citado por Nunes (2016) salienta que em termos substantivos, há uma tentativa de tornar o setor público mais adaptável a diferentes contextos, descentralizado na tomada de decisões e mais eficientes dadas as deficiências crescentes nos recursos disponíveis.

Denhardt e Denhardt (2003) defendem que este modelo tem fundamentação epistemológica na teoria económica, ou seja na ciência social positiva, na qual prevalece uma racionalidade técnica e económica com base nas leis de mercado. Os interesses individuais formam o conjunto do interesse público. Por isso, afirmam que a NPM é uma evolução para uma administração pública com facetas empresariais, voltada para resultados (Nunes & Harfouche, 2015).

Nunes e Harfouche (2015, p. 3) relembram que a inovação e aplicação de novas medidas da *New Public Management* ao setor da saúde vem centrada na procura da “eficiência, eficácia e criação de valor”.

Em termos de responsabilização pública, para Nunes (2016, p. 26) este modelo “envolve uma diferente conceção de responsabilização pública, que diminuiu ou tenta eliminar as diferenças entre o setor público e privado, na qual a responsabilização (*accountability*) se torna clara, desde que reflita a alta confiança no mercado e nos métodos praticados pelos gestores (Behn, 1999; Hood, 1991)”.

<b>Perspetiva da New Public Management</b>	
Maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos	Divisão entre as questões políticas e de administração
Crescente flexibilidade de instrumentos de gestão	Integração de instrumentos de gestão privada no setor público
A imagem de um Estado regulador	Funções tradicionais de produção e aprovisionamento de bens e serviços substituídas pelas funções de financiamento, proteção e regulação. Estado menos intervencionista
Introdução de mecanismos do tipo de mercado	Reformas ao nível do desempenho, concorrência e contratualização.
Avaliação de desempenho nos serviços públicos	Gestão orientada para os resultados e centrada no desempenho
Desburocratização e procura da qualidade nos serviços públicos, através da satisfação das necessidades dos clientes	Concorrência positiva nos serviços públicos e uma autonomia de gestão, com princípios de eficiência e com <i>accountability</i>
Introdução das tecnologias de informação na Administração Pública	Constituem a base de informação e comunicação com os indivíduos. Permite acelerar e simplificar os processos administrativos.

**Quadro 2.1** -A Perspetiva do *New Public Management*

**Fonte:** Elaboração própria baseada em Nunes (2016)

Nunes (2016, p. 30) refere que apesar do

Estado ter um papel menos intervencionista, a sua participação é importante para assegurar a equidade, ultrapassar falhas da lógica de mercado e garantir o controlo e a responsabilização, através da regulação. As reformas operadas no setor da saúde consistem um exemplo claro desta situação.

O mesmo autor (2016, p. 30) refere que apesar do Estado ser o fornecedor dos serviços públicos, são as empresas que executam a prestação direta "com maior efetividade, eficiência e economicidade, pela aplicação dos novos modelos de organização".

Nunes (2016, pp. 30-32) prossegue afirmando que "a origem desta redução do papel do Estado pode ser devida à ineficiência das empresas públicas, à redução do peso político dos sindicatos e à redução da instabilidade das contas públicas".

A satisfação dos cidadãos e das suas necessidades deverá ser o mote principal da Administração Pública, sublinha Bilhim (2000).

Segundo o mesmo autor (2016, p. 52) na perspetiva de Rego (2011), os serviços públicos só poderão ver a sua eficiência e eficácia melhoradas com a promoção de novos modelos de gestão, pois a relação existente entre o setor público e privado "é o paradigma das críticas atuais ao sistema de saúde português".

Nunes e Harfouche (2015) consideram o panorama defendido por Rosanvallon (1995) onde a evolução só será possível com a desburocratização e descentralização dos processos de gestão.

Na realidade, a evolução gradual de um paradigma para outro mantêm sempre alguns parâmetros. Apesar da progressão de um modelo mais burocrático para um modelo *managerialista*, a burocracia não deixou de existir.

A NPM contribuiu para que o conceito de boa governação das empresas se ter tornado "parte da gestão das organizações públicas e privadas" (Nunes & Harfouche, 2015, p. 29).

Osborne (2006) sumariza os aspetos centrais da New Public Management citando alguns autores:

- Ferlie et al (1996) defendem que a NPM não é um fenómeno ou paradigma, mas um cluster de vários;
- Pollit e Bouckaert (2004) argumentam que os benefícios desta corrente são parciais e contestados;
- Farnham e Horton (1996) é um paradigma falhado.

Osborne (2006) critica ainda a Administração Pública e a *New Public Management* ao afirmar que na melhor das hipóteses começam a parecer-se com teorias parciais. Prossegue a sua explicação referindo que a força da Administração Pública está na exploração da natureza essencialmente política da Gestão Pública, das complexidades e nuances do processo de formulação de políticas públicas. No entanto, discute que há uma tendência para a implementação de políticas públicas ser simplesmente uma “caixa negra” sem vontade aparente de “desempacotar” os sub-processos de gestão dos outputs do processo de políticas.

Por outro lado, Osborne (2006) acredita que o dinamismo da NPM está na habilidade de abordar as complexidades dessa caixa negra, embora com uma tendência igualmente “irritante” para ter o processo de política pública como simplesmente um contexto dentro do qual a tarefa essencial de gestão ocorre.

Na sua forma mais extrema, a NPM questionou a legitimidade das políticas públicas como um contexto da gestão pública, argumentando que impõe restrições democráticas pouco razoáveis à gestão e à prestação de serviços públicos (Meier, 1997).

A implementação de medidas de performance é criticada por alguns autores por ignorar as relações sociais e não entender os comportamentos sociais resultando numa falta de motivação entre os funcionários (Metawie & Gilman, 2005).

A razão é que a Gestão Pública tem uma ferramenta de gestão integrada que é estática e uniforme, por isso falha na diferenciação entre pessoas categorizando-as de uma forma inadequada (Llewellyn & Northcott, 2005).

Osborne (2006) remata questionando a necessidade de uma abordagem mais holística da Gestão e Administração Pública, que vá além da dicotomia “administração vs gestão” e que permita uma abordagem mais compreensiva e integrada ao estudo e prática desta disciplina.

De acordo com Nunes (2016) na perspetiva de Boyne (2003) as diferenças entre as organizações públicas e privadas não permitem as práticas do setor privado no setor público.

Nunes (2016) sumariza que para outros autores este modelo não altera verdadeiramente a estrutura tradicional da Administração Pública, sendo necessária a privatização total, a

universalização dos contratos individuais de trabalho, o pagamento em função do desempenho e as vantagens por antiguidade no serviço para que se tornasse aceitável. A introdução em larga escala de mecanismos de mercado nas organizações públicas implica o risco de corrupção nos serviços.

Outro dos argumentos contra a introdução da *New Public Management* no setor da saúde é a ênfase nas formas económicas discursivas de pensar e negligenciar as relações sociais (Llewellyn & Northcott, 2005; Metawie & Gilman, 2005).

<b>Outras críticas ao <i>New Public Management</i></b>
Pouca substância
Pouca mudança além da expressão pública e responsabilização dos gestores
Ineficaz na capacidade de cumprir a redução de custos
Modelo de vantagens particulares num grupo de elite dos novos gestores
Aumentos no governo em termos de dimensão e custos

**Quadro 2.2** – Outras críticas à perspectiva do New Public Management

**Fonte:** Elaboração própria baseada em Nunes (2016, p. 35)

Os governos procuram novas ferramentas e técnicas que permitam aos gestores públicos fornecer serviços de qualidade a um custo menor como forma de redução das despesas do setor público (Andrews & Van de Walle, 2013).

De acordo com Caeiro (2000) a crise vai-se instalando neste modelo, uma vez que se mostra incapaz de resolver os problemas estruturais da economia e por consequência incapaz de resolver os problemas que se vão colocando com maior acuidade aos Estados. Adianta que parece essencial qualquer que seja o quadro ideológico que se siga, ele terá sempre de ter como referência a redução da intervenção na sociedade por parte do Estado, dando espaço à intervenção individual, sem descurar que o mercado por si só não soluciona os problemas individuais de forma global. Deste modo, a intenção deverá ser de estabelecer com eficácia um novo pacto social que dê voz aos anseios dos cidadãos e às exigências da sociedade globalizada para que caminhemos, numa busca incessante de “melhorar” o Estado e não reduzir ou aumentar o seu espaço de intervenção.

Surge a oportunidade para a entrada de novos paradigmas da Administração Pública. É certo que mesmo o *New Public Management* não existe isolado, outras patentes dos modelos anteriores coexistem.

### **3.2 New Public Governance (NPG)**

Esta nova governação pública surge sob diversas designações — *The New Public Governance* com Osborne (2006), *New Governance* com Rhodes (1997), *The Public Governance* com Skelcher et al. (2005).

Não obstante os diferentes nomes, verifica-se o desencadear de algo diferente na teoria, na natureza do estado, nos valores e nos mecanismos de gestão.

Para Bilhim (2017), o estudo científico da governação tenta, por um lado, compreender os fatores que estão na base da decisão de colaborar, os benefícios e custos associados, e como a colaboração pode gerar resultados e impactos positivos na sociedade. Por outro lado, as redes de colaboração podem envolver conflitos de interesses e resultados negativos ou desejáveis apenas para uma das partes e prejudiciais para as restantes. Neste ponto, os estudos da governação permitem ajudar formulando hipóteses que ligam conceitos teóricos suscetíveis de ser submetidos ao teste empírico antes de serem generalizadas asserções.

Na Europa Continental, o maior contributo para a teoria da governação tem origem na tradição académica holandesa, que salienta a necessidade de coordenação e responsabilização dos atores que atuam nas redes de governação (Bilhim, 2017). Esta corrente valoriza a componente horizontal das redes.

A literatura sobre a *Public Governance* (*New Public Governance*) assume progressiva importância para a administração e políticas públicas desde o início deste século, dadas as consequências dos processos de reforma operados no paradigma da *Common Law* e na Europa Continental nas décadas de 70, 80 e 90 do século passado. Estes processos de reforma foram provocados por um conjunto de fatores, entre os quais se destacam: défices públicos elevados, estagnação económica, retrocessos no estado de bem-estar social, taxas de desemprego elevadas, redução da confiança nas instituições e nos políticos, invasão da liberdade individual pelo estado (Bilhim, 2017).

Bilhim (2017) reforça esta posição ao afirmar que o estado já não desempenha o único nem o principal papel na esfera pública e que a eficiência das redes de cooperação entre atores sociais e institucionais é a base de muitos estudos científicos sobre a *governance*.

O paradigma da *New Public Governance* combina as forças da Administração Pública e da NPM ao reconhecer a legitimidade e a inter-relação tanto da formulação de políticas como da implementação de serviços processuais.

A *governance* e a *public governance* não são conceitos novos e já vêm com bagagem (Osborne, 2006).

Objetivos da New Public Governance
Descentralizar a autoridade, reforçando as competências das administrações locais
Prestar serviços públicos através de organizações não públicas
Promover a gestão empresarial para os serviços públicos
Promover a concorrência entre serviços (públicos e privados)
Desburocratizar a gestão de serviços públicos
Promover a racionalização da administração dos serviços do Estado
Aumentar a produtividade/eficiência
Estreitar laços entre governo e cidadãos, satisfazendo as suas necessidades para melhorar o serviço público
Responsabilizar os políticos para cumprirem o prometido

**Quadro 2.3** – Objetivos da *New Public Governance*

**Fonte:** Elaboração própria baseada em Nunes (2016, pp. 40-41)

De acordo com Bilhim (2017) desde o final dos anos 80 que estes processos levaram:

- à fragmentação do estado, transformando-se num estado oco – hollow state (Peters, 1994; Rhodes, 1997);
- à alteração dos processos e da natureza da administração pública (Terry, 2005);
- à alteração das funções do estado (Terry, 2005);
- ao uso de terceiros na prestação de serviços (Milward & Francis, 2014)

- à co-produção de serviços públicos (as PPP são exemplo disso) (Bovaird, 2007).

São diversas as tentativas de definição desta teoria.

Almeida (2016, p. 7) citando Kickert (1993) traduz a *governance* o mecanismo de “redes inter-organizacionais auto-organizadas que funcionam com e sem governo para fornecer serviços públicos”.

Frederickson (1999) define que a *governance* juntamente com a teoria da conjunção administrativa é uma forma de reposicionar a Administração Pública como a disciplina para as realidades do mundo moderno.

Salamon (2002) utiliza o termo *governance* para a prática geral da Gestão e Administração Pública. Kettl (2005) por sua vez, denomina-o como uma conceção com que explora os processos internos e trabalhos da *New Public Management*.

De acordo com Nunes (2016, p. 41) na ótica de Lynn, Heinrich e Hill (2000), o termo *governance* é como o “regime de leis, normas administrativas, decisões judiciais e práticas que restringem e ativam a atividade do governo, definida como a produção e entrega de bens e serviços e públicos” operando a nível institucional, organizacional e técnico.

No primeiro nível, Nunes (2016) refere que existe um grau de *governance* onde existem as organizações com hierarquia, departamentos, comissões, agências executivas e outras organizações não governamentais ligadas ao setor público quer sejam formadas por contrato ou outras formas. O domínio político, o tipo de atividade do Governo, a jurisdição específica e a organização particular compõe o que se entende por *governance* que na sua interligação formam a chamada lógica de governação.

A *governance* "envolve meios para atingir a direção, o controlo e a coordenação de indivíduos ou organizações para atingir os interesses comuns" (Nunes, 2016, p. 42).

Segundo Osborne (2006), o ponto de partida deste modelo difere muito do seguido pela NPM. A abordagem da NPG coloca o cidadão no centro em vez do governo.



Para Nunes (2016, p. 40) o NPG pretende "reinventar a governação", baseando-se em novas teorias, como as "teorias de rede e o institucionalismo sociológico, divergindo do institucionalismo económico, da teoria da escolha pública e diferindo das teorias da administração pública tradicional".

Na mesma linha de pensamento, Bourgon (2007) refere uma nova Teoria da Administração Pública que se baseia nos conceitos de cidadania e do interesse público, expressos como o interesse coletivo e não como a agregação de determinados interesses por funcionários eleitos ou preferências de mercado.

A centralidade dos cidadãos como co-produtores de políticas e prestação de serviços, fundamentalmente distingue a nova abordagem da *New Public Governance* da abordagem estatística associada com a velha administração pública e as abordagens centradas no mercado da NPG em vez de simplesmente propor uma nova forma de Administração Pública (Robinson, 2015).

A abordagem da NPG enfatiza as relações inter-organizacionais e a governação de processos, nos quais a confiança, o capital relacional e os contratos relacionais servem como base de mecanismos de governação, ao invés de possuir uma forma organizacional e de função (Robinson, 2015).

Segundo Lupia e McCubbins (2000) em qualquer democracia existe uma “cadeia de delegação” que liga o que os cidadãos querem com o que Governo faz, ao que acrescentam *in contemporary democracies, from voters all the way to civil servants that ultimately implement public policy...in which those authorized to make political decisions conditionally designate others to make such decisions in their name and place.*

Nunes (2016) considera que o Governo é o resultado de um processo dinâmico que relaciona a ação coletiva, expressando-se como um conjunto de interações que se podem relacionar entre as preferências dos cidadãos e dos interesses expressos politicamente e da escolha pública; entre a escolha pública e as estruturas e processos de órgãos público ou entre as partes interessadas e o setor público, por exemplo.

Ainda segundo Nunes (2016, p. 43) na perspectiva de Boyne (2003) a *New Public Governance* inclui a eficiência, os resultados, "a qualidade dos mesmos, a equidade, o custo-benefício e a satisfação do consumidor."

"Os pontos-chave apontados deste movimento são a promoção do diálogo e o interesse em ouvir o *feedback* do cidadão de forma a mobilizar os indivíduos num mesmo sentido" (Nunes, 2016, p. 43).

No entanto, Nunes (2016) aponta que:

- A palavra *governance* tornou-se vulgar e genérica;
- É imprecisa;
- Assenta sobre a mudança;
- Dá-se pouca importância a instituições não-governamentais, uma vez que a maioria dos serviços públicos prestados é fornecida por "parcerias público-privadas" (PPP).

Bilhim (2017) alerta para o fato dos conflitos se poderem instalar por causa da interoperabilidade, da programação e gestão de consultas e da articulação inter-organizacional.

Ainda de acordo com o mesmo autor (2017, p. 2) "o estado cedeu o seu lugar único e majestoso a uma miríade de operadores, de tal forma que, muitas vezes, nem é já o ator mais importante na rede de relações institucionais distribuidoras de serviços públicos aos cidadãos".

Acrescenta que o termo governação e *New Public Governance* apresentam diferenças apesar de serem muitas vezes utilizados como sinónimos, apresentando como exemplo a redução do papel tradicional e das responsabilidades dos políticos eleitos, existindo uma transferência de poder dos atores tradicionais para novos do tipo empresarial o que acarreta alguns desafios de prestação de contas e responsabilização.

Coloca-se o problema de saber quem é o responsável pela execução de determinada política pública. Aponta ainda outra diferença que radica no distanciamento entre governo e cidadãos que está na base da ineficiência e falta de cortesia.

Dado o carácter maioritariamente académico deste modelo encontram-se poucos estudos em termos de performance. No entanto, Cooper e Hedges (2009, p. 4) referem que quando os resultados diferem:

*(one) should not pretend that there is no problem or decide that just one study, perhaps the most recent one, produces the correct finding. If results that are expected to be similar show variability, the scientific instinct should be to account for the variability by further systematic work.*

Vários foram os mecanismos de *governance* de índole colaborativa que se desenvolveram no século XXI. Atualmente, o estudo sobre *governance* para a saúde acompanha as inovações que foram criadas para abordar as prioridades da saúde.

O estudo *Governance for health in the 21st Century* (Kickbusch & Gleicher, 2012) relaciona a emergência da cooperação no setor da saúde e noutros setores, entre atores públicos e privados e cidadãos para que se alcancem as mudanças necessárias nas sociedades do século XXI.

Para Díaz-Castro, Arredondo, Pelcastre-Villafuerte e Hufty (2017) o conceito de *governance* em saúde mental inclui standards de qualidade e atenção centradas no paciente e incorpora os cidadãos que necessitam de cuidados de saúde mental nos processos de tomada de decisão, onde todos os atores no sistema de saúde intervêm: desde fornecedores aos utentes, com papéis bem definidos, responsabilidade e responsabilização. A *governance* é fundamental na elaboração de políticas e programas de saúde mental, pois determina a estrutura, a prestação de serviços e os resultados em saúde mental. É um conceito mais próximo da norma e restrito apenas à área clínica.

Os mesmos autores (2017) consideram que foi dada pouca atenção ao conceito de *governance* na saúde mental, apesar de países como a Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália

terem adotado de alguma forma este sistema, ao incorporarem o cidadão no processo de tomada de decisão.

Estes investigadores ressaltam que nem todos os fornecedores querem partilhar as decisões, incluindo os pacientes nestes processos. Por outro lado, concordam que seria interessante promover a educação e a formação para que os utentes possam fazer verdadeiramente parte deste processo, o que por sua vez pode funcionar como ferramentas de satisfação pessoal, recuperação e *empowerment*. Neste sentido, a solução para os desafios da saúde mental, em particular, é uma tarefa não só do governo, mas de outros intervenientes de diferentes setores sociais como organizações civis, líderes da comunidade, investigadores e outros líderes sociais, redes de apoio e organizações sem fins lucrativos que juntos chegam a soluções e aplicam-nas.

### **3.3 New Public Service (NPS)**

A alusão ao *New Public Service* (NPS) surgiu pela primeira vez em 2000 na revista *Public Administration Review* e no livro *The New Public Service* (Denhardt & Denhardt, 2000) apresentando-se como um conjunto de ideais e práticas que enfatizam as normas democráticas e o envolvimento dos cidadãos na conduta da Administração Pública.

Esta corrente surgiu como uma alternativa ao NPM, popularizado por Osborne e Gaebler (1993), o *New Public Service* abordou questões centrais sobre a natureza do serviço público, o papel da administração na governação e as tensões em volta da burocracia, eficiência, equidade, recetividade e responsabilidade (Denhardt & Denhardt, 2015).

De acordo com Santos e Selig (2014) este modelo apresenta preceitos mais democráticos e responsivos. É uma abordagem que se constrói sobre a ideia do interesse público, da valorização do cidadão, do diálogo aberto e do estabelecimento de um espaço democrático para servir a sociedade.

Segundo Robinson (2015), o NPS será a abordagem mais coerente de todas as outras abordagens, visto que começa com a premissa que o foco da gestão pública deverá incidir sob os cidadãos, comunidade e sociedade civil.

O NPS descreve um conjunto de normas e práticas que enfatizam a democracia e a cidadania como base para a teoria e prática da Administração Pública (Denhardt & Denhardt, 2003).

Nesta concepção, o papel primordial dos funcionários públicos é ajudar os cidadãos a articular e atender aos seus interesses em vez de controlar ou orientar a sociedade (Denhardt & Denhardt, 2000). Esta linha de pensamento está em nítido contraste com a filosófica premissa da abordagem NPM em que as transações entre gerentes públicos e clientes refletem o interesse individual e são enquadrados por princípios de mercado. Também é distinto da antiga abordagem da administração pública onde os cidadãos são considerados como clientes ou constituintes e são tratados como destinatários passivos da criação de políticas e mecanismos de entrega de abordagem *top-down* (Bourgon, 2007). Controlo e hierarquia ao invés de pluralidade e compromisso caracterizam estes relacionamentos.

O NPS ainda é bastante controverso, teórico e académico, mas a passos tímidos começa a ter cada vez mais adeptos no sentido de ser a resposta às reformas que a AP necessita.

Por exemplo, Janet e Robert Denhardt em *The New Public Service* (2011), captam muito do espírito colaborativo e democrático, conteúdo e foco de governação do movimento.

O governo tem um papel especial a desempenhar como garantidor de valores públicos, mas cidadãos, empresas e organizações sem fins lucrativos também são importantes como solucionadores ativos de problemas públicos (Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014).

O novo modelo de serviço público aborda a gestão pública do ponto de vista da teoria democrática, modelada na noção de uma cidadania ativa e envolvida. Os cidadãos tomam uma perspetiva menos centrada neles próprios para olharem para o interesse público de forma mais ampla e o papel dos funcionários públicos é facilitar as oportunidades para fortalecer o compromisso dos cidadãos na busca de soluções para problemas sociais. Os gestores públicos precisam adquirir habilidades, ir além da capacidade de controlar ou orientar a sociedade em busca de soluções políticas para se concentrar mais em intermediação, negociação e resolução de problemas complexos em parceria com os cidadãos (Secchi, 2010).

Ao procurar atender as necessidades sociais mais amplas e desenvolver soluções que são consistentes com o interesse público, o governo precisa ser aberto e acessível, responsável e responsivo, e operar para servir os cidadãos. As formas predominantes de prestação de contas precisam estender-se além da responsabilidade formal dos servidores para funcionários da gestão. Deverá ainda proceder-se à entrega de orçamentos e programas para acomodar um conjunto de relações de responsabilização com os cidadãos e as comunidades (Santos & Selig, 2014).

Janet e Robert Denhardt (2015) concluem que nem os princípios do NPG nem os da NMP se tornaram um paradigma dominante, mas o *New Public Service*, com as ideias e práticas consistentes com os seus ideais, tornaram-se cada vez mais evidentes na realidade da administração pública.

Defendem ainda que o trabalho dos funcionários públicos não é simplesmente responder às demandas dos “clientes” que querem respostas rápidas e eficientes para os seus problemas individuais. Em vez disso, os autores defendem que o serviço público deveria focar-se na criação de oportunidades para os cidadãos ao forjar relações de confiança com os membros do público e trabalhar com eles na definição de problemas públicos, desenvolvendo alternativas e implementando soluções.

É neste ponto que o inquérito por questionário que se escolheu aplicar neste trabalho, encontra o seu fundamento.

O *New Public Service* começa, é claro, com o conceito de serviço público, mas a ideia de serviço público está entrelaçada com as responsabilidades da cidadania democrática. Denhardt e Denhardt (2015) concordam que o serviço público deriva das virtudes cívicas do dever e da responsabilidade.

Um dos princípios centrais do NPS é a reafirmação da centralidade do interesse público no serviço governamental. O *New Public Service* exige que o processo de estabelecer uma visão para a sociedade não seja algo meramente deixado para os líderes políticos eleitos ou para os administradores públicos nomeados. Em vez disso, a atividade de estabelecer uma visão ou direção, de definir valores compartilhados, é algo em que o diálogo público amplo e a deliberação são centrais (Denhardt & Denhardt, 2003). Ainda mais importante, o interesse

público não é algo que simplesmente “acontece” como resultado da interação entre as escolhas individuais dos cidadãos, os procedimentos organizacionais e a política eleitoral. Há que articular e perceber que o interesse público é uma das principais razões pelas quais o governo existe.

Os estudos englobando o *New Public Service* e a área da saúde no geral ou da saúde mental, no particular, são escassos. Sabe-se o próprio serviço público é visto como uma extensão da cidadania, sendo motivado por um desejo de servir aos outros e de atingir objetivos públicos, o que de certa forma também vai de encontro à teoria da *New Public Governance*.

De acordo com Vieira (2008) o papel do cidadão consiste em ver o interesse público mais amplo, ou seja além do auto-interesse, é um papel que exige mais do cidadão que tem duração mais longa. Constata-se que esta maneira de pensar a cidadania democrática cobra muito mais do indivíduo. É necessário um conhecimento mais amplo dos problemas públicos, além do sentimento de pertença, um interesse pelo todo, um elo moral com a comunidade. É necessário que os cidadãos possuam, ou venham a adquirir, certas qualidades de caráter ou virtudes cívicas.

Portanto, busca-se a participação dos cidadãos por meio dos novos atores coletivos, que faz a junção do fazer parte no processo político-social, por indivíduos, grupos ou organizações que tem interesses e valores que atuam num espaço de diversidade e pluralidade, com um segundo elemento a cidadania, enfatizando as dimensões da universalidade, generalidade, igualdade de direitos e responsabilidades, inclusive os que estão excluídos do exercício dos direitos, de até mesmo de terem direitos (Hermany & Maschio, 2008).

Neste sentido, a área da saúde poderia lucrar muito com a implementação dos princípios e valores desta nova corrente teórica. Ao existirem representantes/porta-vozes, capazes de tomar decisões políticas pelos cidadãos consumidores dos serviços de saúde, incitar-se-á ao estreitamento de relações e diminuição de barreiras entre o setor público e o cidadão – consumidor final. Problemas sociais como o estigma, a exclusão, o preconceito, a injustiça e iniquidade social poderão ser mais facilmente colmatados.

Poderão existir desvantagens em termos de tempo entre a deteção de um problema, o debate, discussão do mesmo, a entrada na agenda política e a decisão final uma vez que

existirão mais intervenientes e intermediários nesta arena política quase em efeito *ping-pong*. Não obstante se o tempo se considerar investido em vez de perdido, poderá ganhar-se em termos de políticas de saúde mais eficientes, eficazes e que vão de encontro às verdadeiras necessidades dos interessados.





## Capítulo 4

### As políticas públicas no setor da Saúde

As políticas públicas de saúde representam uma preocupação explícita pela saúde e equidade em todas as áreas da política e responsabilização para o impacto na saúde (Sícoli & Nascimento, 2003).

De acordo com Silva (2012, p. 1):

são centrais para a análise do Estado-Providência contemporâneo: não apenas representam uma das principais parcelas das despesas sociais, a par das pensões, como têm implicações universais e ao longo de todo o ciclo de vida. Além disso, sobre os sistemas de saúde contemporâneos pendem tensões e pressões semelhantes às que se encontram noutras áreas sociais: aumento contínuo da despesa, pressões demográficas, arrefecimento do crescimento económico e constrangimentos fiscais.

A autora continua apontando que as políticas são quase forçadas a ter que mudar devido aos avanços tecnológicos e terapêuticos que, por sua vez, contribuem para o aumento da complexidade económica e financeira.

No âmbito de um estudo sobre políticas de saúde efetuado ao período 2011-2014, Pedro Pita Barros (2015) aponta várias medidas adotadas, no que concerne ao:

- Acesso, garantir a cobertura dos cuidados de saúde primários;
- Cuidados de saúde primários: promoção da saúde e prevenção da doença;
- Satisfação dos cidadãos com o Serviço Nacional de Saúde;
- Utilização de cuidados de acesso: barreiras de acesso;
- Barreiras de acesso: Utilização necessária e oportuna não realizada;

- Sensibilização para os custos do Serviço Nacional de Saúde;
- Intensificar e Promover a Cirurgia Ambulatória;
- Medicamentos genéricos: crescimento e efeitos;
- Despesa com medicamento em ambulatório;
- A redução da despesa pública com medicamentos;
- Promoção da Saúde Mental – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

No portal online do Serviço Nacional de Saúde pode ler-se que “a defesa do Estado social e dos serviços públicos, na segurança social, na educação e na saúde, para um combate sério à pobreza e às desigualdades, constitui um dos quatro objetivos essenciais que orientaram a elaboração Programa de Governo”<sup>3</sup>.

Esses pilares do Programa do XXI Governo Constitucional para a Saúde são:

- Promover a saúde através de uma nova ambição para a saúde pública;
- Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde;
- Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços;
- Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários;
- Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor;
- Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência;
- Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde
- Melhorar a governação do SNS;

---

<sup>3</sup> Pode ler-se em <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>

- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Para uma adequada compreensão da realidade, nota-se a importância de definir o que se entende por Saúde para que possa ser integrada no tema mais específico da Saúde Mental.

#### **4.1 Algumas definições de Saúde e a Saúde Mental**

A Saúde Mental é um tema muito vasto e que tem merecido especial destaque nos últimos tempos.

Em 1946, a *World Mental Health* (WHO ou OMS em português) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (George, 2011). Esta definição (mantida inalterada até à atualidade) pressupõe que a condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo, multidimensional e dinâmico.

O principal objetivo é o bem-estar coletivo, criando um ambiente favorável que permita que as pessoas tenham vidas saudáveis, tornando as escolhas saudáveis, possíveis e ou mais simplificadas para os cidadãos (WHO, 1948).

Esta definição nem sempre é consensual. São vários os autores que consideram esta definição ultrapassada, tal como Minayo, Hartz e Buss (2000) que defendem que a saúde não é doença, saúde é qualidade de vida.

Carrapato, Correia, e Cardoso Garcia (2017, p. 679) citando Nordenflit (2000) referem que "a saúde é compatível com a presença de doença e sofre influência dos determinantes da saúde. Grande parte da população que, sofre de alguma doença, continua a viver normalmente considerando-se muitas vezes saudável." Expõem ainda que o autor refuta a ideia de um conceito dicotómico de saúde.

Ainda de acordo com Carrapato, Correia e Cardoso Garcia (2017) na perspetiva de Bircher (2005), o conceito de saúde é entendido como estado dinâmico de bem-estar caracterizado por potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida compatível com a idade, a cultura e responsabilidade pessoal. A doença acontece quando o potencial é insuficiente para satisfazer as exigências.

Esta foi a definição adotada pelo Plano Nacional de Saúde 2007-2016 e neste trabalho.

A World Health Organization (2001, p. 12) apresenta relatório intitulado de *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.

Esta marcante publicação da Organização Mundial da Saúde procura despertar a consciência do público e dos profissionais para o real ónus das perturbações mentais e os seus custos em termos humanos, sociais e económicos. Ao mesmo tempo, empenha-se em ajudar a derrubar muitas das barreiras – especialmente o estigma, a discriminação e a insuficiência dos serviços – que impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam e que merecem.

O relatório reforça o objetivo apresentado em 1988 e estabelece várias linhas de ação, nomeadamente:

- Proporcionar tratamento em cuidados primários;
- Proporcionar tratamento em cuidados primários;
- Disponibilizar medicamentos psicotrópicos;
- Proporcionar cuidados na comunidade;
- Educar o público;
- Envolver as comunidades, as famílias e os utentes;
- Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais;
- Preparar recursos humanos;
- Estabelecer vínculos com outros sectores;
- Monitorizar a saúde mental na comunidade;

- Apoiar mais a pesquisa.

O tema da Saúde Mental não se esgota aqui e tem merecido especial destaque nos últimos tempos.

Remetendo às próprias palavras de Gro Harlem Brundtland (WHO, 2001) sintetiza-se a realidade da Saúde Mental à volta do globo:

- cerca de 450 milhões de pessoas sofrem com o abuso de álcool e de drogas.,
- cerca 70 milhões de pessoas sofrem de alcoolismo.
- cerca de 50 milhões têm epilepsia;
- aproximadamente 24 milhões sofrem de esquizofrenia.
- 1 milhão de pessoas cometem anualmente suicídio.
- entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se.
- 1 em cada 4 pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida.

Brundtland (WHO, 2001, pp. 2–3) continua a desenhar o quadro da realidade atual afirmando que muitas pessoas

sofrem em silêncio. Além do sofrimento e da falta de cuidados, encontram-se as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte. A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem correctas as projecções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo.

A ex-Diretora Geral da WHO vai mais longe defendendo que “dispomos dos meios e do conhecimento científico para ajudar os portadores de perturbações mentais e cerebrais. Os Governos têm-se mostrado descuidados, tanto como a comunidade da saúde pública. Por acidente ou por desígnio, todos somos responsáveis por esta situação” (WHO, 2001, p.3).

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais (Isabel, Humberto & Neves, 2009).

A carga de perturbações mentais tais como a depressão, a dependência do álcool e a esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

No que respeita ao impacto nas despesas, as doenças crónicas representam 60 a 80% das despesas de saúde (Tunstall-Pedoe, 2006). As perturbações mentais fazem parte das doenças mais prevalentes em cerca de 23%, com destaque para as perturbações ansiosas e 33% dos doentes com doenças mentais graves não têm tratamento (Almeida & Xavier, 2010).

Numa investigação ao setor de saúde francês, Saint-Arnaud (2016) assume que a experiência dos últimos quarenta anos revela que não se pode esperar que um consenso entre os vários atores decida sobre o estabelecimento na comunidade, de uma estrutura que torne acessível à população a atenção adequada em saúde mental. Esta é a responsabilidade do Estado. Como resultado do desligamento do serviço hospitalar, o Estado tinha e tem a responsabilidade moral de fornecer financiamento e uma estrutura integrada de atendimento para fornecer tratamento e acompanhamento adequado. Não apenas às pessoas que deixam os hospitais psiquiátricos e às suas famílias, mas a qualquer pessoa que precise de atendimento psiquiátrico.

A autora continua a defender o seu ponto de vista ao referir que se estabeleceram algumas condições básicas para a criação de uma instalação de cuidados na comunidade. A experiência da psiquiatria do setor na França é informativa em mais de um plano, mas

particularmente em termos de uma filosofia de intervenção que é construtiva, não coercitiva e não estigmatiza as pessoas que precisam de tratamento. Para criar essa estrutura de cuidado, é necessário ter os espaços e os recursos financeiros e humanos necessários.

Não é eticamente aceitável que o imperativo económico suplante as exigências da lei e da justiça social para acesso igual a cuidados básicos de saúde mental, como em outros setores da saúde, argumenta Saint-Arnaud.

Corrigan e Penn afirmam que advocacia, governo e grupos de serviço público contam com uma variedade de estratégias para diminuir o impacto do estigma em pessoas com doença mental grave. Essas estratégias incluem protestos, educação e a promoção do contato entre o público em geral e as pessoas com esses distúrbios.

#### **4.2 A aplicação das novas medidas de Administração Pública ao setor da Saúde**

Nos anos 70, o Estado tinha um papel de prestador e financiador dos cuidados de saúde. Este período foi caracterizado por baixos níveis de saúde dos portugueses, bem como por um baixo nível de profissionalização das instituições (Nunes & Harfouche, 2015).

Nexte contexto caracterizado pela fragilidade estrutural dos serviços de saúde, "o Estado viu-se obrigado a intervir, criando duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e um aumento do número de hospitais" (Nunes, 2016, p. 50).

Reforçando a importância do setor da saúde como um dos pilares base de qualquer sociedade (Abreu, 2011).

Segundo Nunes e Harfouche (2015, p.15),

perante a aplicação de novas medidas de Administração Pública, não se deve de todo esquecer o papel social e a justiça distributiva do Estado. A vaga de transformações administrativas no setor público não deve colocar em causa o direito à proteção da saúde que em Portugal tem fundamento constitucional.



Nesta linha de pensamento, Nunes e Harfouche (2015, p. 5) afirmam que “qualquer Sistema de Cuidados de Saúde num país que se pretende livre e democrático obriga ao respeito de alguns princípios fundamentais”.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1974 em muito contribuiu para as responsabilidades sob a alçada do Estado, ficando visível o compromisso do bem-estar social, envolvendo a educação, a saúde, com forte enfoque para os mais necessitados.

O artigo nº 64 da CRP consagra o direito à proteção da saúde e o dever do Estado de defender e promover a saúde (Lei Constitucional nº 1/2005).

Na segunda revisão da Constituição da República Portuguesa em 1989, ainda no artigo nº. 64, concedeu-se a universalidade, generalidade e gratuidade do serviço nacional de saúde.

Com a Lei Constitucional nº 1/89, esta afirmação sofreu algumas alterações, nomeadamente o serviço nacional de saúde passou de gratuito para "tendencialmente gratuito consoante as condições económicas e sociais dos cidadãos".

No ano seguinte foi publicada a Lei de Bases da Saúde, onde se reafirmou o direito à proteção da saúde, inovando no sentido que não se trata apenas de um direito, mas de uma responsabilidade de todos os cidadãos, da sociedade e do Estado.

Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é admitida a hipótese de serem cobradas taxas moderadoras, sendo estas receitas próprias do Serviço Nacional de Saúde, ficando a elas isenta a população sujeita a maior risco e/ou financeiramente mais desfavorecida (Ferreira, 2015).

Existiram diversas alterações à lei que contempla o novo regime de cobrança, estando em vigor desde o dia 25 de Julho de 2013, a Lei 51/2013.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro de 2011, vem alterar o modelo da gestão hospitalar, empresariando os hospitais, com uma reforma no setor da saúde suportada pela *New Public Management* (Harfouche, 2008; Nunes & Harfouche, 2015).

Esta Teoria da Administração Pública é um paradigma global que afeta todos os setores públicos, o da saúde inclusive.

Em meados dos anos 90, os dados referentes a estudos epidemiológicos nacionais de morbilidade psiquiátrica eram bastante escassos e necessários para que se obter “informação sobre as necessidades das populações em termos de cuidados de saúde mental e sobre a utilização de serviços” para assim se “implementar com rigor uma política nacional de saúde mental” (Almeida & Xavier, 2010, p. 4).

De acordo com Nunes & Harfouche (2015, p. 6) "o exercício do direito à proteção da saúde gera elevados custos que são pagos por todos nós e que devem ser geridos com maior eficácia de forma a não fazer perigar a sua continuidade".

O processo é evidente no setor de saúde e mudou a própria noção de usuários de serviços públicos: pacientes tornaram-se consumidores pagando para utilizar recursos e assumindo a sua parcela de responsabilidade na escolha e uso eficiente (isto é, uso racional) dos serviços<sup>4</sup>.

Harfouche (2008, p. 43) considera que “o processo de reforma da Administração Pública portuguesa e o debate sobre as funções e os diversos papéis do Estado são temas que constam, também, da agenda do setor da saúde que tem por matriz o Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

Este modelo influenciou as reformas da saúde (Nunes & Harfouche, 2015).

O Estado foi separado como “financiador/prestador de serviços e como regulador, promovendo a contratualização” (Nunes & Harfouche, 2015, p. 4).

“A teoria da *New Public Management* foi aplicada ao setor da saúde como suporte teórico para uma visão interdisciplinar das reformas ocorridas nesse setor” (Nunes & Harfouche, 2015, p. 4).

---

<sup>4</sup> Embora a redação atual do SNS na Constituição da República Portuguesa se refira à tendência de os serviços serem gratuitos, de fato, atualmente, é prática corrente pagar as taxas moderadoras, o paciente paga uma pequena contribuição para alguns dos serviços utilizados (por exemplo: consultas, exames) (Correia, T. 2011).

Neste sentido, também o setor da saúde foi influenciado por esta corrente adaptando-se aos mecanismos de mercado como a concorrência e a competitividade, "numa abordagem de gestão de gestão baseada no doente/utente, na responsabilização de resultados e nos níveis de desempenho e transparência" (Nunes, 2016, p. 53).

Nunes e Harfouche (2015, p. 4) defendem "a importância de envolver o cidadão nas decisões sobre a sua saúde", incentivando "a participação ativa da sociedade".

Este pensamento vai de encontro aos preceitos dos novos paradigmas da AP – *New Public Governance* e *New Public Service*.

O governo não deve ser administrado como um negócio, deve ser executado como uma democracia. No mundo, tanto funcionários públicos eleitos como nomeados agem com base nesse princípio e expressam um compromisso renovado com ideais como o interesse público, o processo de governação e a expansão da cidadania democrática. Como resultado, estão a aprender novas habilidades no desenvolvimento e implementação de políticas, reconhecendo e aceitando a complexidade dos desafios que enfrentam e tratam os seus colegas cidadãos com dignidade e respeito renovados (Denhardt & Denhardt, 2015).

Os funcionários públicos sentem-se mais valorizados à medida que esse senso de serviço e comunidade se expande. No processo, os funcionários públicos também reconstroem com os cidadãos. Os administradores perceberam que têm muito a ganhar ao ouvir o público ao invés de discursar, e servir ao invés de dirigir. A convite de funcionários públicos, os cidadãos comuns estão a envolver-se mais no processo de governação. Os cidadãos e funcionários públicos estão a trabalhar juntos para definir e abordar problemas comuns de maneira cooperativa e mutuamente benéfica.

Segundo Denhardt (2003), nos últimos anos, os estudiosos da administração pública foram atraídos para o campo mais geral da política pública e consideraram o processo político (*policy process*) central para as operações governamentais. Dessa forma, o autor considera que ao tratar as organizações públicas como parte do *policy process*, abrem-se novos caminhos para o desenvolvimento teórico.

### **4.3 Os paradigmas da Administração Pública e as Políticas de Saúde em Portugal**

Até agora foram explicadas as linhas sucintas dos três paradigmas da Administração Pública e a Saúde Mental para que se possa entender e enquadrar como é que as Políticas Públicas de Saúde, nomeadamente a política de saúde central deste estudo - o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) é um reflexo das preocupações atuais e conceptuais desses mesmos modelos.

A administração pública tem de lidar com padrões e valores mais do que com critérios empresariais, tais como a legalidade e legitimidade, justiça social e igualdade de direitos mesmo valorizando e procurando a eficiência e a eficácia.

Este Plano decorre de uma política pública de saúde. Dada a sua expressão e para que o foco se mantenha, a evolução e as demais políticas de saúde não serão aprofundadas neste trabalho, ainda que possam ser referidas por uma questão de enquadramento.

### **4.4 Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 com extensão até 2020**

Abordar as necessidades não satisfeitas de saúde mental exigirá o desenvolvimento de melhor infra-estrutura de saúde mental, força de trabalho e integração geral dos serviços de saúde mental e física com a atenção primária, especialmente nos países em desenvolvimento (Ngui et al., 2010).

O Plano Nacional de Saúde Mental implementado no início do século XXI tem fortes influências do *New Public Management* e também das novas correntes teóricas: *New Public Governance* e *New Public Service*, dado o foco no envolvimento do cidadão, não no processo de tomada de decisão em termos de políticas públicas, mas no envolvimento no próprio tratamento numa fusão entre o saber médico e a realidade enfrentada pelo paciente.

Os objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 sintetizam-se no quadro seguinte:

<b>Objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016</b>
Assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade
Promover e proteger os direitos dos doentes
Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações
Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e família
Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde
Diminuir a institucionalização dos doentes

**Quadro 4.1** – Objetivos do Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016

**Fonte:** Elaboração própria baseada no Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental (Coordenação Técnica para a Saúde Mental, 2017)

No decorrer da implementação e execução do PNSM, a Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO) apresentou diversas ações aos governos (Quadro 4.2).

Estas medidas estão em consonância com a evidência científica, as melhores práticas e os princípios de direitos humanos.

Visto que o PNSM foi estendido até 2020, Portugal terá que prestar atenção a estas diretrizes.

Ações propostas no Plano de Ação da OMS para 2013
Política e legislação
Planeamento de recursos
Colaboração das partes interessadas
Fortalecimento e capacitação das pessoas com perturbações mentais e incapacidades psicosociais e as suas organizações
Reorganização dos serviços e aumento da cobertura
Cuidados integrados e adaptados às necessidades
Desenvolvimento dos recursos humanos
Corrigir as disparidades no acesso ao serviço

**Quadro 4.2** – Ações propostas no Plano de Ação da OMS para 2013

**Fonte:** Elaboração própria baseada no relatório *Joint Action on Mental Health and Well-being – Towards community-based and socially inclusive mental health care* (2015)

De acordo com o PNSM (2012), a questão do acesso aos cuidados em Saúde Mental tem sido uma das áreas mais aprofundadas nos últimos anos, estando já identificados vários dos seus determinantes:

- Estigma e desconhecimento face à doença mental;
- Escassez de recursos humanos e estruturais;
- Baixa prioridade em termos de opção política;
- Orçamento desproporcionadamente baixo para a carga das doenças implicadas;
- Organização desajustada dos serviços de psiquiatria, com concentração em grandes instituições centralizadas e pouco articuladas com os cuidados de saúde primários.

Em 2011, o PNSM foi avaliado na sequência da *Missão da WHO para avaliação do progresso das Reformas de Saúde Mental em Portugal*. A equipa da WHO identificou várias fraquezas na organização global dos serviços públicos de saúde mental, tais como:

- algumas áreas geográficas ainda não estavam suficientemente abrangidas por serviços locais de saúde mental;
- os recursos humanos nos serviços existentes eram escassos e pouco qualificados;

- existia o risco dos serviços locais de saúde mental poderem ficar sobrecarregados com casos relacionados com a ansiedade e a depressão, referenciados pelos cuidados de saúde primários;
- as pessoas com problemas de saúde mental crónicos e mais graves apresentavam risco de serem ignorados ou de não receberem os cuidados necessários, o atendimento prestado pelos serviços locais de saúde mental era principalmente farmacológico, com componentes psicossociais pobres;
- o financiamento era instável e a sua sustentabilidade um problema grande.

Numa segunda fase, a equipa da WHO seleccionou os principais desafios/obstáculos para a implementação do PNSM, de entre os problemas identificados previamente:

- os elementos do sistema de saúde mental, incluindo os cuidados de saúde primários,
- as equipas comunitárias, os hospitais e os serviços de reabilitação não eram claros quanto às suas prioridades, faltando coordenação;
- a prestação de serviços essenciais, tais como os serviços de intervenção na crise e residenciais, era inadequada, bloqueando o sistema como um todo; a menos que os cuidados primários pudessem tratar a larga maioria de pessoas com
- problemas de ansiedade e de depressão, os serviços especializados poderiam paralisar devido à elevada solicitação, sem capacidade para se focarem nas pessoas com necessidades graves e permanentes;
- não existiam incentivos para aumentar tanto a dimensão médica como a não-médica dos serviços de saúde mental existentes na comunidade, resultando em ineficiências;
- os gestores intermédios da saúde mental apresentavam falta de autoridade para implementar mudanças, delegando os orçamentos;
- sistema de financiamento tinha criado desincentivos não intencionais para estabelecer serviços comunitários, recompensando os internamentos hospitalares e as intervenções médicas.

No relatório *Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde Mental* (2015) encomendado pela Entidade Reguladora da Saúde, o PNSM revelou um nível de execução elevado nos programas de promoção e de luta contra o estigma e um nível de execução baixo no novo modelo de financiamento e no novo modelo de gestão de serviços <sup>5</sup>.

A análise da situação da saúde mental portuguesa no âmbito do projeto *EU Joint Action on Mental Health and Well-being* (2013 - 2016), veio evidenciar o progressivo afastamento do nosso país das metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e confirmou, de forma clara, que só com mudanças profundas e urgentes em alguns aspetos fundamentais das políticas e serviços de saúde mental o nosso país poderá de novo juntar-se ao processo de mudança atualmente em curso a nível Europeu (DGS, 2017).

Segundo a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental (2017) no relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020, não se pode ignorar que as reformas atualmente em curso no Serviço Nacional de Saúde (SNS) vão no sentido de uma cada vez maior centralidade na Pessoa, proximidade e integração dos cuidados e que subsiste a necessidade de otimizar os recursos disponíveis, articulando-os e potenciando as sinergias intra e intersectoriais.

Até à data, Portugal não dispõe de uma estratégia integrada para a promoção e prevenção em saúde mental, a qual, dada a diversidade de agentes implicados (ex: saúde, educação, trabalho, segurança social, etc), só é possível se desenvolvida no âmbito de uma equipa de coordenação com capacidade de ação a nível intersectorial. Sem esta estratégia, os programas de promoção e prevenção dificilmente terão um desenvolvimento proporcional ao seu impacto na saúde mental e no bem-estar das populações (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental, 2017).

---

<sup>5</sup> Este quadro corresponde a uma representação sinóptica dos resultados, que podem ser encontrados em detalhe em duas fontes: i) relatório elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde, com o título “Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental”, em [https://www.ers.pt/pages/143?news\\_id=1218](https://www.ers.pt/pages/143?news_id=1218) e ii) versão completa do texto elaborado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental para este relatório da ERS, contendo todas as tabelas referentes às diferentes secções do PNSM, <https://app.box.com/s/8gv1hcdwz7nww70jigdsa5j0o3rhmvxl> (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental, 2017).



Nesta investigação sublinha-se a importância da colaboração que pretende motivar e envolver as partes interessadas de todos os setores relevantes, incluindo as pessoas com perturbações mentais, cuidadores e familiares, no desenvolvimento e implementação de políticas, leis e serviços relacionados com a saúde mental, através de uma estrutura e/ou mecanismos formais.

Apesar dos avanços colhidos ao longo das últimas décadas ainda há um longo caminho a percorrer para que se possa garantir às populações verdadeiros cuidados de qualidade. Um dos principais objetivos do PNSM 2007-2016 com extensão até 2020 é a desinstitucionalização de doentes mentais (Quadro 4.1) com o objetivo de os integrar na comunidade e desenvolver os cuidados primários nos Centros de Saúde. Apesar das dificuldades encontradas na implementação deste plano, é certo que alguns objetivos já foram cumpridos (DGS, 2012):

- A redução do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos em 40%;
- O encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico do país e movimentos para a desativação de outros;
- O lançamento das bases dos cuidados continuados integrados de Saúde Mental e criação dos primeiros serviços e programas residenciais neste setor.

Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, Portugal, tal como outros países, terá quatro desafios importantes na área da Saúde Mental até 2020:

- Fortalecer a liderança e promover a gestão eficaz na área da Saúde Mental;
- Prestar serviços de Saúde Mental e sociais abrangentes, integrados e reativos inseridos nas comunidades;
- Implementar estratégias para a promoção e prevenção na área da Saúde Mental;
- Reforçar os sistemas de informação, evidência científica e investigação na área da Saúde Mental.

Díaz-Castro (2017) defende que a responsabilidade e responsabilização na saúde mental não pode ser só do governo, chamando a atenção para o fato da desinstitucionalização acarretar sérios riscos. Por exemplo, quando uma política de impacto global, como a desinstitucionalização dos pacientes, na qual há uma diminuição das camas nos hospitais psiquiátricos, implica que todo o sistema de saúde suporte a nova estrutura e organização do sistema de saúde e os resultados serão sempre diferentes.

No caso dos EUA, foram tomadas medidas com foco no sistema de saúde (diminuição do orçamento governamental destinado a hospitais psiquiátricos e aumento da participação privada). As estratégias não foram seguidas como uma política num todo, como prestar serviços de cuidados mentais nas comunidades. Ou seja, este fato cria outro problema: o aumento na exigência de atenção ao serviço de emergências hospitalares e ao abandono do tratamento.

No caso dos sistemas de saúde americano e australiano as estratégias foram seguidas em consonância com outros setores sociais, para a continuidade dos tratamentos ser assegurada. No entanto, estes sistemas enfrentaram outros problemas como a falta de pessoal especializado noutras áreas que não o clínico e a dificuldade de articulação entre os cuidados primários e os especializados.

O autor continua este raciocínio referindo que políticas de desinstitucionalização e a redução de camas em hospitais psiquiátricos também foram adotadas em países latino-americanos. No Chile, estratégias semelhantes às inglesas foram adotadas para assegurar a continuidade do tratamento dos pacientes em ambientes protegidos e com camas específicas para pacientes psiquiátricos nas emergências.

Reuniram-se os aspetos positivos, negativos e as barreiras encontradas no processo de transição para a comunidade em Portugal ao longo dos tempos (Quadro 4.3).

Pacientes com doenças crónicas enfrentaram desafios no processo de reabilitação e integração social porque muitos deles tinham falta de redes sociais e uma grave deterioração intelectual e física. Países como o Brasil, Argentina e México além de lidarem com os mesmos problemas que o Chile, lidam com outro que diz respeito diretamente ao sistema de saúde: a fragmentação de serviços e falta de recursos orçamentais. Tal como

acontece nos Estados Unidos, também nestes países estes problemas representam barreiras para um bom desenvolvimento de políticas de saúde mental.

<b>1 - Principais aspetos positivos</b>
Aprovação da Lei de Saúde Mental nos anos 90 Estabelecimento das bases de uma política nacional de saúde mental Aprovação de um Plano Nacional de Saúde Mental em 2008 Integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde e transferência dos cuidados especializados para hospitais gerais e comunidade Lançamento das bases concetuais, legislativas e organizativas da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental Desenvolvimento de novos serviços de saúde mental da infância e adolescência Desenvolvimento da participação das ONG's Participação e representação de utentes e familiares Cooperação internacional
<b>2 - Principais aspetos negativos</b>
Incapacidade de implementação continuada e efetiva das leis, políticas e planos nacionais de saúde mental Reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade Insuficiente desenvolvimento de mecanismos de melhoria da qualidade dos serviços e de proteção dos direitos humanos das pessoas com doença mental Distribuição assimétrica dos recursos atribuídos à saúde mental e continuação de uma exiguidade de recursos humanos não médicos que inviabiliza à partida o desenvolvimento de serviços na comunidade Inexistência de suporte social específico e de programas de apoio residencial e apoio ao emprego para pessoas com doença mental grave
<b>3 – Barreiras</b>
Falta de apoio político forte e continuado ao desenvolvimento de serviços na comunidade Falta de um modelo de governação eficaz a nível nacional, regional e local Falta de orçamento de saúde mental e de um modelo de financiamento adequado

Resistência à mudança de profissionais e de outros atores do campo da saúde mental
Estigma e iliteracia em saúde mental
Dificuldades de articulação de cuidados especializados de saúde mental com cuidados primários
Falta de mecanismos de apoio social a pessoas com problemas de saúde mental

**Quadro 4.3** – Principais aspetos positivos, negativos e barreiras ao sucesso dos planos de saúde mental.

**Fonte:** Elaboração própria adaptada de Almeida, Mateus, Xavier e Tomé (2015)

No relatório que serviu de base a estes quadros considera-se importante gerar compromisso político de forma a desenvolver o sistema de saúde mental, para tal recomendam algumas ações das quais se destacam:

- recolher informação para que os decisores políticos possam ter dados para promover medidas concretas;
- criar redes que envolvam todas as partes interessadas relevantes como profissionais, utentes e familiares, todos os setores relacionados, governos e sociedade civil em conjunto com outros *stakeholders*;
- desenvolver estratégias de comunicação eficazes e mensagens chaves que ajudem a motivar audiências importantes a contribuir para a tomada de decisões.

No que concerne ao desenvolvimento ou atualização de políticas de legislação de saúde mental recomenda-se:

- monitorizar a implementação de políticas públicas em toda a Europa;
- promover a revisão e atualização da legislação de saúde mental baseada nos direitos humanos;

Uma das formas apontadas para melhorar o uso e a eficácia de mecanismos e por conseguinte melhorar a implementação da reforma da saúde mental assenta na promoção da cooperação intersetorial como:

- conseguir consensos entre as partes interessadas relevantes para estabelecer as prioridades e as políticas de saúde mental;
- promover a participação dos utentes e familiares na saúde mental, dando passos para apoiar os familiares na sua função de prestadores de cuidados.

Estes dois relatórios são cruciais para perceber o impacto e eficácia do Plano Nacional de Saúde Mental criado em 2006, ao fornecerem dados essenciais para justificar a necessidade da criação de políticas públicas de saúde com a intervenção da opinião pública tal como defendido pelos paradigmas do *New Public Service* e da *New Public Governance* e adotado nesta investigação.

## Capítulo 5

### Metodologia

De acordo com Espírito Santo (2015) citando Holzner (1964) a metodologia é o estudo sistemático dos princípios que guiam a investigação científica além de ser a consideração dos campos genéricos em ordem à validade dos procedimentos e sistemas científicos.

#### 5.1 Problemática da investigação

O problema deste estudo recai nas perceções dos portugueses relativas às políticas públicas de Saúde Mental como indicador da importância do Plano Nacional de Saúde Mental e de novos paradigmas da Administração Pública.

A pergunta de partida definida para este trabalho de investigação é:

- Qual é a atitude dos cidadãos portugueses em relação às políticas públicas de saúde mental?

Desdobrando esta pergunta pretende-se conhecer a posição dos cidadãos portugueses referente às dimensões como a responsabilidade do Estado e outros *stakeholders*, à exclusão, inclusão, justiça social e ao estigma em relação aos indivíduos com transtornos mentais. E ainda, se as opiniões se coadunam com as políticas de saúde mental em vigor, nomeadamente com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 com extensão até 2020.

Muitos autores defendem a reforma da Administração Pública. Neste contexto:

- será que o Estado deverá ser responsabilizado pelo tratamento de indivíduos com menos saúde mental?
- estigma existe na sociedade portuguesa?
- A justiça social é vista por todos da mesma forma?

Estas questões colaterais poderão ajudar a entender se os passos dados no passado, no presente e os que se pretendem dar no futuro vão de encontro às prioridades da Administração Pública e das necessidades dos cidadãos na área da Saúde Mental.

## **5.2 Métodos e Técnicas de Análise**

Para efetuar qualquer tipo de pesquisa, o investigador tem de aceder a dados já existentes que permitam desenvolver o seu desenho de investigação, tanto teórica como empiricamente.

Importa iniciar esta pesquisa fazendo uma análise exploratória de toda a bibliografia existente sobre o tema escolhido, analisando-a de uma forma aprofundada e crítica. A partir deste levantamento, que se pretende exaustivo, estarão reunidas as condições para desenvolver o desenho de investigação e de formular as hipóteses que se querem verificar empiricamente, pois só assim será possível a generalização teórica, indispensável a todo e qualquer exercício de investigação que se queira científico.

Dito isto, interessa salientar que a metodologia que melhor se aplica aos propósitos de investigação é a quantitativa. As pesquisas quantitativas são aplicáveis a fenómenos que podem ser expressos em termos de quantidade (Santos, 2017 citando Kothari 2004).

## **5.3 Instrumentos de Recolha e Análise de Dados**

Este estudo apresenta uma investigação preliminar sobre as perceções e atitudes das doenças mentais do público e profissionais de saúde, usando uma versão adaptada da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (Cohen & Struening, 1962; Oliveira, Carolino, & Paiva, 2012).

Recorrer-se-ão aos métodos quantitativos, já que é nossa intenção realizar 400 inquéritos por questionário, de resposta fechada e um reduzido número de perguntas de resposta aberta, a cidadãos portugueses entre os 18 e os 70 anos e a profissionais da área da Saúde Mental.

Optou-se por utilizar uma escala de 1 a 10 nas questões de resposta fechada de modo a levar os inquiridos a tomar uma posição, retirando-se um número central, também

designado de “neutro”. A escolha por resposta aberta, desenvolveu-se no sentido de recolher a opinião dos inquiridos, não influenciando as suas escolhas e visando obter originalidade nas respostas.

Importa notar que se realizaram os inquéritos por questionário pela Internet com o objetivo de recolher e compilar dados de forma mais célere. Posteriormente, procedeu-se-á a uma análise fatorial<sup>6</sup>, análise de *clusters*<sup>7</sup> e modelos de equações estruturais<sup>8</sup> (caso os resultados da análise fatorial o permitam).

Nas variáveis quantitativas foi feita a imputação da média aos valores omissos de modo a ser possível realizar a análise de clusters com as 389 observações.

---

<sup>6</sup>Veja-se um exemplo de aplicação prática desta metodologia em Correia (2012).

<sup>7</sup>Veja-se um exemplo de aplicação prática desta metodologia em Correia, Santos & Bilhim (2016).

<sup>8</sup>São inúmeros os exemplos em que esta metodologia é empregue na área científica das ciências sociais. No setor da saúde, veja-se, por exemplo Correia, Carrapato & Bilhim (2016, 2017) ou Correia & Garcia (2015).





## Capítulo 6

### Análise e discussão de resultados

As 7 variáveis de caracterização pessoal dos inquiridos dividem-se em duas partes: a primeira assume as variáveis: nacionalidade, idade, sexo; escolaridade; setor onde profissionalmente exerce ou exerceu funções. A segunda parte é reservada a profissionais de Saúde Mental, na qual se distinguem duas variantes: o número de anos em que exerce ou exerceu funções na área da Saúde Mental e a respetiva especialização.

Para quantificar os 9 indicadores correspondentes às 9 dimensões inicialmente escolhidos na análise, adaptou-se a escala de Likert (numéricas e por intervalo).

A análise é composta por 27 questões, cada uma delas com 10 alternativas, seguindo a sequência progressiva de dez pontos de concordância<sup>9</sup> e âncoras nos extremos: nível muito baixo para o extremo inferior e nível muito alto para o extremo superior, representando “discordo completamente” e “concordo plenamente”.

O inquérito por questionário foi disponibilizado online, entre os dias 25 de Junho e 15 de Julho de 2018, para todos os cidadãos portugueses. Durante esse período foram recolhidas 443 respostas, das quais 389 foram consideradas válidas.

O número total de profissionais de Saúde foi definido pelo número de inquiridos que responderam à pergunta de caracterização referente ao número de anos em que exerce ou exerceu funções em Saúde Mental. Criou-se uma seção específica que integrava algumas questões a serem respondidas exclusivamente por estes profissionais. O objetivo era enquadrar mais 2 dimensões, a 8 e a 9 respetivamente, na compreensão da realidade e na cooperação do indivíduo com problemas mentais. No entanto, o número de respostas obtidas não é significativo para efetuar uma análise representativa da realidade. Por isso, estes dados foram excluídos do estudo, estando nos anexos para consulta.

Posteriormente, procedeu-se à análise fatorial<sup>10</sup> das 7 dimensões com base nos 10

---

<sup>9</sup>Optou-se por uma escala de 10 pontos para que existe variabilidade nas respostas. Para informação mais detalhada sugere-se a consulta de Correia (2012: 140-144) e Bilhim e Correia (2016).

<sup>10</sup>Veja-se um exemplo de aplicação prática desta metodologia em Correia (2012).

indicadores associados à percepção dos cidadãos, o que permitiu a atribuição de um *score* para cada dimensão. Somaram-se os valores de cada *score* e procedeu-se ao cálculo da média para cada dimensão. Salienta-se que existem questões de resposta aberta intercaladas com as questões de escala que irão ser analisadas dentro do respetivo contexto (dimensão).

## 6.1 Caraterização da Amostra

O Quadro 6.1 apresenta os resultados obtidos em relação à caraterização da amostra. Apresentam-se as frequências absolutas e relativas em cada categoria.

Todos os inquiridos são de nacionalidade portuguesa. São maioritariamente do sexo feminino, entre os 18 e os 49 anos de idade, a escolaridade predominante é o ensino secundário e a licenciatura seguindo-se o mestrado. Adicionalmente, a maior percentagem dos inquiridos exerce funções no setor privado.

Nas questões reservadas a Profissionais de Saúde Mental contemplam-se os anos em que estão ou estiveram ao serviço nesta área (entre 1 a mais de 20 anos). As ocupações profissionais relacionadas com este setor são a de enfermeiro especializado, psicólogo, psiquiatra e psicoterapeuta. A especialização mais comum é a de psicólogo(a), seguindo-se a de enfermeiro(a).

Variável de caraterização	Categoria	Frequência absoluta (n <sup>os</sup> 389)	Frequência relativa (%)
Idade	18-29 anos	155	39,8
	30-49 anos	182	46,8
	50-59 anos	31	8,0
	60 ou mais	13	3,3
	Valores Omissos	8	2,1
Sexo	Feminino	217	55,8
	Masculino	163	41,9
	Valores Omissos	9	2,3
Escolaridade	Ensino Primário	0	0,0

	2º/3º Ciclo	18	4,6
	Ensino Secundário	128	32,9
	Licenciatura	138	35,5
	Mestrado	90	23,1
	Doutoramento	9	2,3
	Valores Omissos	8	2,1
Setor onde exerce ou exerceu funções	Público	88	22,6
	Privado	278	71,5
	Valores Omissos	23	5,9
Variável de caracterização	Categoria	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
<b>Perguntas exclusivas a Profissionais de Saúde</b>			
Número de anos que exerce ou exerceu funções em Saúde Mental	1-5 anos	46	82,1
	5-10 anos	4	7,1
	10-20 anos	4	7,1
	20 anos ou mais	2	3,6
Especialização	Enfermeiro (a)	13	23,2
	Enfermeiro especializado	3	5,4
	Psicólogo	17	30,4
	Psiquiatra	1	1,8
	Psicoterapeuta	1	1,8
	Valores Omissos	21	37,5

**Quadro 6.1** – Caracterização da amostra – Variáveis de caracterização pessoal

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Na análise dos dados sobressaem dois grupos com atitudes opostas em relação às políticas públicas: mais e menos positivas. Estes grupos denominaram-se de crédulos (Grupo 1) e céticos (Grupo 2) em relação às políticas públicas. O primeiro engloba 310 indivíduos (80% da amostra) e o segundo, 79 indivíduos (20%).

Estes dois grupos não apresentam diferenças significativas entre si nos aspetos de

caraterização ou triagem.

Os inquiridos entre os 30 a 49 anos representam 48,60% da amostra.

O grupo 1 é constituído por indivíduos que possuem como escolaridade a licenciatura (41.8%) enquanto no grupo 2 predomina o ensino secundário.

Constata-se que os integrantes dos dois grupos trabalham maioritariamente no setor privado.

## **6.2 Análise das Dimensões**

Neste sub-capítulo, irão ser analisadas e discutidas todas as dimensões integrantes desta investigação. A escala de 1 a 10 representa os seguintes níveis de concordância em relação às afirmações, o formato adotado é:

- menos de 3: discordo bastante;
- 3 a menos de 5: discordo;
- 5 a menos de 8: concordo;
- 8 ou mais: concordo bastante.

No final dessa análise unitária, irá apresentar-se o panorama geral de todas as dimensões com as suas diferenças e pontos mais relevantes.

### **6.2.1 Dimensão 1**

A primeira dimensão visa entender a perceção dos inquiridos em termos de consciência e experiência pessoal com transtornos mentais. Além de uma questão onde se aplicou a escala de concordância de 10 pontos (Gráfico 6.1), esta dimensão inclui mais 5 perguntas com 3 níveis de concordância ( Sim, Não e Talvez) caraterizadas nos gráficos 6.2, 6.3,6.4, 6.5 e 6.6.

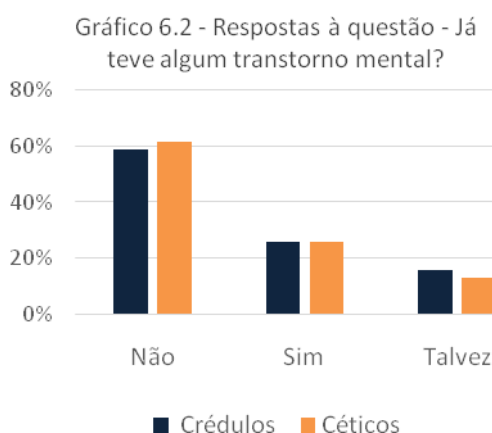
Gráfico 6.1 - Dimensão 1 - Consciência e experiência pessoal com doença mental



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Na análise dos resultados, destaca-se que o grupo 1 possui conhecimento satisfatório sobre o assunto de saúde mental e o grupo 2 (céticos em relação às políticas públicas) considera o seu conhecimento abaixo do razoável.

A maioria dos entrevistados responderam que não tinha tido nenhum distúrbio mental (Gráfico 6.2). No entanto, cerca de 25% dos inquiridos responderam afirmativamente. Nos estudos divulgados pela OMS (2011), 1 em cada 5 pessoas sofre de um distúrbio mental com tendência para aumentar.



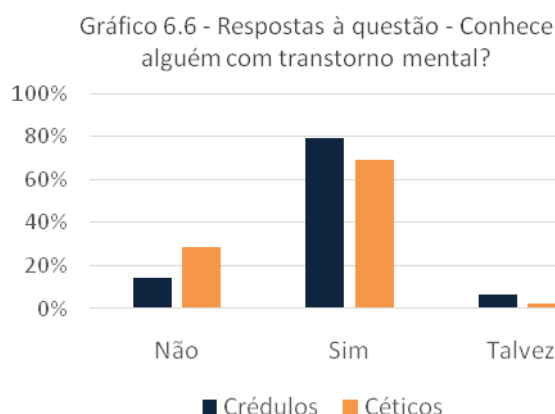
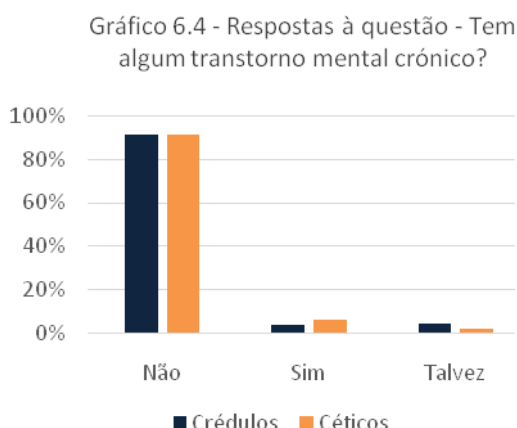
**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Os resultados obtidos neste questionário confirmam a evolução apontada, uma vez que 1 em cada 4 portugueses desta amostra admite ter sofrido de um transtorno mental.

A maioria dos inquiridos afirma que esse transtorno não durou mais de um ano (figura 6.3). Admitiram ainda não ter tido nenhum distúrbio mental crónico (Gráfico 6.4). Todavia, na questão “Esse transtorno impediu-o de trabalhar?” (Gráfico 6.5) existiram três vezes mais inquiridos a responder dos que o que tinham efetivamente, respondido que sim na pergunta anterior. Portanto, poderá concluir-se que não foram sinceros na alínea anterior ou

responderam a esta questão sem perceber que estava relacionada com a anterior.

Em relação à questão “Conhece alguém com transtorno mental”, a maioria das respostas é positiva, 79.2% responderam afirmativamente no grupo 1 e 68.8% no grupo 2 (Gráfico 6.6).



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Na análise geral, os dois grupos têm opiniões semelhantes apesar do grupo dos mais céticos admitir que o conhecimento acerca de Saúde Mental é menos razoável que o grupo dos mais crédulos e também conhecem menos pessoas que possam ter distúrbios mentais. O nível de consciência e conhecimento da realidade do grupo 1, pode ser atribuído a este último dado - conhecerem alguém que tenha alguma perturbação mental além de outros fatores não analisados neste estudo, como a profissão, acesso à informação, entre outros.

### 6.2.2 Dimensão 2

A dimensão 2 foi desenhada para classificar a opinião dos portugueses quanto à responsabilização do Estado pelos assuntos relativos à Saúde Mental, inclusive o diagnóstico, tratamento e cura dos cidadãos mais carentes mentalmente.

Incluíram-se 7 questões com escala de concordância, onde se analisam opiniões como as referidas abaixo (ver Anexo 1):

- a prevenção e o tratamento podem evitar transtornos mentais,
- se o Estado tivesse mais instrumentos de apoio o número de indivíduos com carência de Saúde Mental seria menos,
- Estado é o principal responsável pelo bem-estar dos cidadãos;
- a maioria dos impostos deverá ser gasta no tratamento e cuidado com este tipo de pacientes;
- devem ser internados, em caso de necessidade, em instituições públicas;
- ter profissionais bem formados e especializados permite que os pacientes vivam bem fora do hospital;
- os indivíduos com transtornos mentais que não podem trabalhar devem receber subsídios para despesas de subsistência.

O grupo 1, dos mais crédulos, concorda com estas afirmações enquanto que o grupo que tem mais dúvidas em relação à eficácia das políticas públicas, discorda.

Os inquiridos mais cétricos responsabilizam menos o Estado que os indivíduos mais crentes nas políticas públicas. A diferença de opiniões é marcante. O grupo mais otimista em relação às políticas públicas incute grande responsabilização ao Estado pela gestão da Saúde Mental em Portugal. O primeiro grupo representa 80% da amostra, o que pode perspetivar a atitude geral dos portugueses em relação ao papel e funções do Estado, patente na Constituição de 1976, garantir o direito à saúde.



Gráfico 6.7 - **Dimensão 2** - Responsabilização do Estado



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Dada esta dicotomia de opiniões, Caeiro (2000) defende que o *debate*, centra-se hoje no essencial, não tanto na questão de saber se o Estado deve intervir muito ou pouco mas no essencial de saber que a sua intervenção é a melhor. Em vez da questão se deverá haver mais ou menos Estado, o ideal é existir melhor Estado, no qual se racionalize a sua acção, desburocratizando-se e evitando que por via dela se impeça que os indivíduos gozem da sua liberdade originária. Melhor Estado no sentido de desempenhar um papel corretor das desigualdades de partida mas sem intervenção inicial. Segundo o autor, esta só produz ineficiência e ainda mais injustiça e desigualdade, sem corrigir aquilo que o mercado não consegue garantir com eficácia e eficiência.

### 6.2.3 Dimensão 3

A dimensão 3 inclui a responsabilização das instituições religiosas e das famílias no apoio aos indivíduos com distúrbios mentais. Para atingir os resultados presentes na figura 8, efetuaram-se duas questões:

- Instituições religiosas como asilos religiosos devem ser responsáveis por internar e remover pessoas com transtornos mentais da vida pública;
- A família e os amigos são os principais responsáveis pela prevenção, apoio e tratamento do indivíduo com transtornos mentais temporários ou permanentes.

Verifica-se novamente um confronto de opiniões e posições. O grupo 1 concorda razoavelmente com a afirmação que outros intervenientes além do Estado devem ser responsabilizados e devem assumir algum papel no apoio ao doente mental. O segundo grupo discorda com essa posição, assumindo que as instituições religiosas e as famílias não deverão ser responsabilizadas pelos indivíduos carentes de Saúde Mental.

Gráfico 6.8 - **Dimensão 3** - Responsabilização de outros *stakeholders*



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

#### 6.2.4 Dimensão 4

A dimensão 4, engloba três afirmações:

- uma das principais causas da doença mental é a falta de força moral ou força de vontade;
- apresenta a teoria de Jordan Peterson (2002), as pessoas que não conseguem lidar com a realidade e os seus problemas tendem a colapsar e a consumir álcool, drogas, a sofrer de depressão;
- apresenta outra teoria do mesmo autor que defende que as pessoas devem ter responsabilidades e rotinas para saírem da depressão.

Os resultados obtidos apontam para a mesma média de respostas da dimensão anterior, como tal o nível de responsabilização atribuída ao cidadão é a mesma que a atribuída a outros *stakeholders*. Os inquiridos mais céticos possuem uma opinião contrária, discordando destas afirmações.

A responsabilização pelos doentes mentais a outros intervenientes, inclusive ao próprio cidadão com transtornos mentais tende a ser cada vez mais evidente. Pretende-se partilhar e aliviar a carga que o Estado tem tido, nomeadamente ao nível da despesa pública.

A desinstitucionalização objetivada no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 pretendia unir esforços com a comunidade para a integração do doente mental na sociedade ao mesmo tempo que diminuía as despesas gastas com as consultas e a manutenção dos hospitais psiquiátricos. O intuito é tornar a geringonça mais eficiente e

eficaz, diminuindo o aumento de casos de doenças mentais, como analisado e sugerido pela *World Health Organization* (2012).

É notório que o grupo 1 responsabiliza mais o cidadão pela sua doença mental que outro *stakeholders*, mas continua a responsabilizá-lo ligeiramente menos que o Estado.

O grupo 2 discorda da responsabilização tanto do Estado, como de outros *stakeholders* e do próprio doente, a média das respostas é sensivelmente a mesma.



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

#### 6.2.5 Dimensão 5

A dimensão 5 pretende entender se os entrevistados têm medo, preconceito e se efetivamente excluem as pessoas com algum tipo de carência mental. Inclui ainda a questão 40 de resposta aberta, onde os inquiridos são convidados a enumerar três funções ou empregos que os cidadãos com ausência de saúde mental, poderiam desempenhar.

As respostas mais comuns foram:

- Depende (da doença ou da duração do distúrbio mental)
- Qualquer
- Outras
- Tarefas administrativas
- Jardineiro
- Atendimento ao público
- Serviços de Limpezas

- Cozinha
- Voluntariado
- Limpezas de ruas
- Mecânico
- Tratador de animais
- Gestão
- Armazém
- Profissionais de vendas

Apesar das respostas mais frequentes anunciarem que o indivíduo com transtornos mentais pode desempenhar qualquer função dependendo da doença, na análise do nível de concordância com as afirmações, os inquiridos com atitudes mais crédulas demonstram medo e exclusão em relação aos pacientes em causa, ao contrário dos mais céticos. Tendo em conta os resultados obtidos nas dimensões anteriores, pode considerar-se que o primeiro grupo considera os indivíduos desprovidos de saúde mental como pessoas menos capazes.

Enquanto o segundo grupo pode considerá-los capazes de serem autónomos e capazes.

Estes dados revelam que a maioria dos entrevistados que pertence ao grupo dos crédulos nas políticas públicas, têm preconceito e estigma, o que vem corroborar a informação descrita no PNSM 2007-2016/2020 e para a qual o mesmo Plano visa dar resposta. Existindo preconceito na sociedade a integração e recuperação dos doentes mentais torna-se extremamente difícil. São colocados na periferia da sociedade, são marginalizados, as hipóteses de conseguirem emprego serão mais reduzidas o que implica um impacto direto na produtividade e consequentemente a quebra do PIB nacional.

Gráfico 6.10 - Dimensão 5 - Medo e exclusão das pessoas com doenças mentais



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

De acordo Loureiro, Dias, e Aragão (2008) num estudo sobre as crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais existem dois agregados de resultados que são coerentes na literatura. Por um lado, resultados que apontam para crenças “positivas”, como o fato dos indivíduos considerarem que a doença não causa estigma e discriminação, triplicou a procura de serviços mentais (Veroff et al., 1981; Phelan et al., 2000) ao longo das últimas décadas. Os investigadores continuam a discussão defendendo que a democratização e o acesso à informação universalizaram o conceito das doenças de foro mental e psiquiátrico. Por outro lado, as crenças enraizadas social e culturalmente ainda ditam os doentes como perigosos e as doenças incuráveis, tal como encontrado noutros estudos (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Ayesteran & Paez, 1986; Skinner et al., 1992; Johnson & Orrell, 1995; Whaley, 1997; Phelan et al., 2000; Martin et al., 2000; Hirai & Clum, 2000; Crisp et al., 2000; Williams et al., 2001; Angermeyer, 2004).

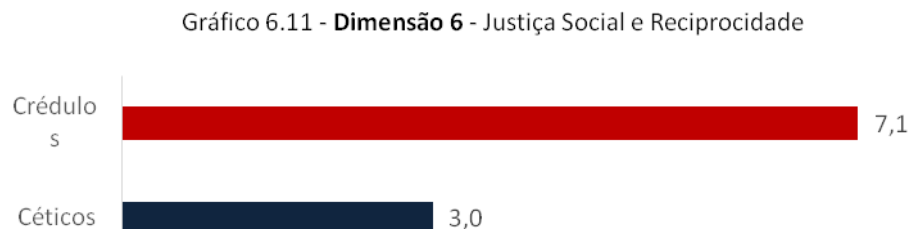
Esta informação enquadra os dados obtidos nesta dimensão em relação ao primeiro grupo, que apesar de acreditar nas políticas públicas continua a estigmatizar os doentes mentais, refletindo-se no nível de concordância com as afirmações. Contrariamente ao grupo dos inquiridos mais céticos que parece ter uma visão menos preconceituosa.

#### 6.2.6 Dimensão 6

As questões enquadradas na dimensão 6 procuram saber a opinião dos inquiridos referente à justiça social e ao conceito de reciprocidade, aqui entendido como dar/receber. Foram efetuadas duas questões:

- se consideram justo que os contribuintes paguem pelo tratamento e cura de uma pessoa com transtornos mentais;
- se era igualmente justo que mesmo recebendo apoios sociais não oferecessem nada à sociedade.

A figura 10 é bastante elucidativa quanto à posição dos intervenientes: o grupo dos mais crédulos concorda bastante que se deva contribuir para ajudar os doentes mentais além de considerarem esta posição justa, enquanto os inquiridos mais céticos não concordam.



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Revela-se aqui uma posição paternalista por parte dos inquiridos mais crédulos, em que os contribuintes são responsáveis pelo bem-estar dos mais necessitados. Ficando assim o doente mental sob a cortina da solidariedade. Por outro lado, identifica-se uma postura autoritária, por parte dos inquiridos mais céticos - os contribuintes não devem pagar aos que não contribuem para a sociedade.

Esta dimensão compreende ainda uma questão de resposta aberta “Na sua opinião de que forma os cidadãos com doenças mentais que beneficiam de apoios estatais poderão contribuir para a sociedade?”

As respostas mais frequentes foram as seguintes:

- Trabalhos Comunitários / Voluntariado
- Outras
- Trabalhando
- Onde quiserem, se sentirem bem e tiverem capacidade
- Depende da doença ou grau
- Participando na sua recuperação
- Partilhar o seu problema e ajudar outros na mesma situação

- Nenhumas / Não têm de contribuir
- Trabalhando para o Estado / Instituições Públicas
- Jardinagem

Estas respostas demonstram que trabalhos não remunerados como o voluntariado, estão no topo da lista, seguindo-se a preocupação com o próprio paciente, a referência à necessidade de mais dados para que se tome uma decisão justa e que para caso existe solução diferente (depende da doença ou grau), outros inquiridos voltam a reforçar a ideia de que os indivíduos com doenças mentais não precisam contribuir, existe ainda a alusão a cargos estatais/governamentais e a cargos mais físicos como a jardinagem.

Os resultados remetem para Azevedo (2013) que defende que a igualdade e a equidade são princípios fundamentais para a formulação de políticas públicas voltadas para a promoção da justiça social e da solidariedade. O autor vai mais longe ao perguntar “como se pode renegar a equidade como princípio de políticas sociais se o seu contrário se chama iniquidade?”.

Por outro lado, Bilhim questiona se o “propósito do governo é manter o nível de pobreza ou criar condições de auto-suficiência, por outras palavras, de acordo com o provérbio chinês, é oferecer peixe ou ensinar a pescar?”.

De acordo com o autor, do ponto de vista social, o problema prende-se com a produtividade.

Poderia-se questionar até que ponto as necessidades dos cidadãos em relação a alimentação, vestuário, habitação, saúde e segurança social, estão satisfeitas..

Estas duas posições podem caracterizar as duas atitudes dos portugueses face à justiça social com ênfase na reciprocidade.

### 6.2.7 Dimensão 7

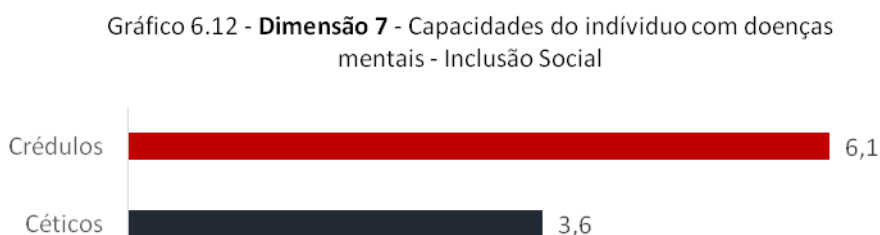
A dimensão 7 procura compreender as perceções dos inquiridos numa perspetiva de inclusão social. Esta questão intercala-se com a dimensão 5 que pretendia definir o oposto, ou seja a exclusão social. Tentando testar, desta forma, a veracidade das respostas.

Incorporaram-se duas afirmações:

- a doença mental é uma doença como outra qualquer;
- se empregaria um indivíduo com histórico de distúrbios mentais.

Estas afirmações conduziram ao resultado demonstrado no Gráfico 6.12.

O grupo 1 (crédulos) concorda com estas afirmações, o que apresenta uma certa dicotomia quando se comparam estes dados com os resultados obtidos na dimensão 5. Estes inquiridos apresentavam estigma e indicadores de exclusão social. Estes dados podem indicar que o grupo dos mais céticos responde ao que julgam ser o esperado deles, tentando chegar à resposta socialmente correta. O grupo 2 (céticos) discorda com estas afirmações, portanto não consideram a doença mental como uma doença qualquer e são menos recetivos a empregar indivíduos com passado de distúrbios mentais. Este grupo apresenta maior coerência em relação à dimensão 5.



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário

Esta dimensão à semelhança das duas dimensões anteriores também contém uma questão de resposta aberta, sendo esta a 41.- "Na sua opinião, que tipo de doenças mentais não afetam a capacidade de trabalhar normalmente?".



As respostas mais frequentes foram:

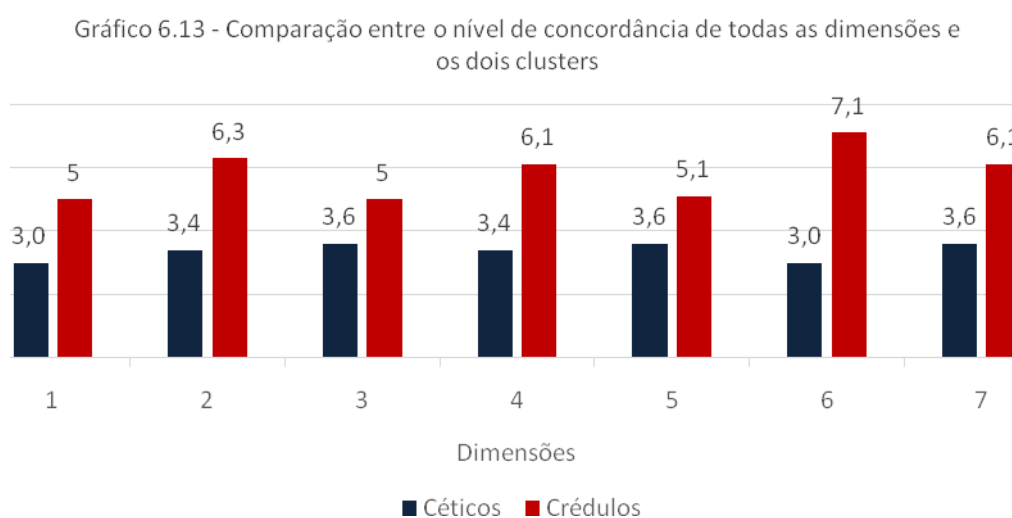
- Depressão
- Todas
- Bipolaridade
- Nenhuma
- Não sei / N/A
- Esquizofrenia

Os valores omissos foram de 208, o grupo dos céticos só possui 79 inquiridos, pode-se concluir que a maioria dos inquiridos que não respondeu pertence ao grupo dos mais crédulos. Apesar de mostrarem concordância com a inclusão social, a taxa de abstenção pode demonstrar que as variáveis são independentes. Ou seja, o indivíduo tem capacidades para trabalhar embora não de forma plena.

### 6.3 Análise Comparativa entre dimensões

Até agora comparámos a diferença de cada dimensão referente às perceções de dois grandes grupos: menos e mais crédulos em relação às políticas públicas.

Para que se possa ter uma visão mais clara e geral das diferenças entre os grupos, criou-se o gráfico seguinte:



**Legenda:**

Dimensão 1 – Consciência e experiência com doença mental

Dimensão 2 – Responsabilização do Estado

Dimensão 3 – Responsabilização de outros *stakeholders*

Dimensão 4 – Causas da doença mental e a necessidade de serviços especiais. Responsabilização do cidadão.

Dimensão 5 – Medo e exclusão social de pessoas com doenças mentais

Dimensão 6 – Justiça Social e Reciprocidade

Dimensão 7 – Capacidade do indivíduo com doenças mentais. Inclusão Social.

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados obtidos no inquérito por questionário.

As maiores diferenças de opiniões situam-se na dimensão 2, 4 e a dimensão 6 é que tem maior expressão. Ou seja, entre a responsabilização do Estado, do próprio doente e em termos de justiça e reciprocidade social. A dimensão 7 referente à inclusão social apresenta níveis de concordância superiores aos revelados em termos de exclusão social. No entanto, reporta-se à questão de resposta aberta em que a maioria dos inquiridos se absteve de enunciar qual a doença mental que não afeta a capacidade de trabalhar normalmente.

O grupo composto pelos inquiridos mais céticos não responsabiliza o Estado pelo cuidado com o cidadão afetado por carências mentais. Consideram que não é justo os contribuintes

pagarem pelos encargos gerados por esses cidadãos e que é pouco equitativo receberem apoios e benefícios sociais não oferecendo nada em troca à sociedade.

Os inquiridos mais crédulos nas capacidades e responsabilidades do Estado, tem uma opinião contrária.

Em termos de dimensão da amostra os inquiridos que acreditam e defendem as políticas públicas são sensivelmente o quádruplo dos indivíduos que acreditam menos nas políticas públicas como forma de solução e alternativa ao desafio que os pacientes mentais apresentam.

O grupo com atitudes mais cétricas responsabiliza na mesma medida o Estado e o cidadão e ligeiramente mais outros *stakeholders* como as instituições religiosas ou a família.

O primeiro grupo é mais paternalista ao defender os subsídios para os indivíduos em estudo enquanto o segundo grupo discorda com esta postura.

O grupo dos crédulos variou as suas respostas entre o 5 e o 7 na escala de concordância com as afirmações. Na sua maioria concordam com as afirmações apresentadas. Ao existirem diferentes graus de concordância pode-se assumir que os inquiridos deste grupo estiveram mais atentos às questões, mas volta-se a sublinhar o fato de poderem ter respondido ao que seria socialmente correto como mencionado na análise da dimensão 7.

O grupo que apresenta maior coerência de opinião ao longo desta investigação é o dos cétricos, independentemente da questão as respostas ficaram sempre na ordem 3 da escala (discordância com as afirmações). Esta coerência pode demonstrar que os inquiridos adoptaram um número na escala no início do inquérito e a mantiveram até ao final.

As posições de concordância e discordância mantiveram-se na mesma baliza em todas as dimensões.

## Capítulo 7

### Conclusões

Ao longo desta investigação procurou-se enquadrar as tendências da Administração Pública e da Saúde Mental. O atual paradigma, *New Public Management* apesar de ser relativamente recente parece não conseguir alcançar os objetivos em termos de diminuição da despesa pública. É urgente explorar todos os recursos disponíveis, de outra forma, serviços essenciais para o bem-estar coletivo estarão em risco, como é caso do Serviço Nacional de Saúde.

No apogeu de novas correntes teóricas da Administração Pública destacam-se o *New Public Service* e o *New Public Governance* como alternativas. Não se sabe se a solução ideal será realmente mudar de um modelo para outro, se adaptá-lo e/ou coexistirem como tem acontecido com os anteriores modelos de AP.

Estas correntes que ainda estão a dar os primeiros passos, são maioritariamente teóricas e académicas ainda sem grande expressão prática. No entanto, este estudo utilizou uma das vertentes defendidas pelo *New Public Service* – dar maior ênfase ao cidadão e às suas opiniões como representante interessado e consumidor final de políticas públicas.

O foco desta investigação recaiu sobre a perceção dos portugueses em termos de políticas de saúde. Criaram-se sete dimensões: consciência e conhecimento acerca de saúde mental, a responsabilização do Estado, de outros *stakeholders*, do próprio doente, medo e exclusão social, justiça social e reciprocidade e inclusão social.

Os resultados demonstraram a existência de dois grupos com atitudes distintas em relação às políticas públicas: o grupo dos mais crédulos que representa 80% do universo da amostra e o dos mais cétricos que representa 20% dos inquiridos.

Na prática, este estudo veio reforçar a posição de teóricos que defendem a implementação de um novo paradigma na Administração Pública que permita a entrada do cidadão no setor público enquanto porta-voz das necessidades individuais e coletivas.

Constatou-se que a maioria dos inquiridos tem atitudes positivas em relação às políticas públicas e à responsabilização do Estado, da família, das instituições religiosas e do próprio indivíduo com distúrbios mentais. No entanto, os mesmos inquiridos apresentam níveis de concordância próximos no que concerne à exclusão e à inclusão social, que são posições contrárias. O modelo desenhado para a análise de todas as dimensões (ver anexo 2) permite argumentar que estas atitudes estão intimamente ligadas ao estigma e exclusão social ao mesmo tempo que geram atitudes de benevolência numa lógica de justiça social, reciprocidade e inclusão social.

O presente estudo sustenta a necessidade de união de esforços para alcançar o bem-estar comum reforçando a existência de estigma e medo em relação aos doentes mentais. Estes fatores provocam a exclusão, desigualdades, iniquidade e injustiça social. Estes dados refletem a preocupação impressa no Plano Nacional de Saúde Mental 2006-2017.

Outra contribuição pertinente deste estudo é o fato da análise dos resultados ter demonstrado que os portugueses concordam com a atribuição de subsídios a pessoas mentalmente debilitadas, apesar de se ter constatado um paradoxo ao referirem que não há necessidade de existir uma contrapartida por parte dos beneficiários e ao mesmo tempo promoverem o voluntariado e os trabalhos comunitários como forma de contributo social. A atribuição vitalícia de subsídios a indivíduos capazes, mas que experienciaram episódios de distúrbios mentais (pontuais ou permanentes) não permite que alcancem todo o seu potencial profissional e pode incitar a um ciclo vicioso de pobreza e comodidade para o doente e para o país. No entanto, admite-se que o voluntariado ou o apoio comunitário proposto pelos portugueses poderá servir de meio de integração social intermediário no processo de recuperação do doente até encontrar um emprego de acordo com as suas competências.

No Atlas da Saúde Mental 2013 – 2020, a presidente da WHO sublinha a importância da boa saúde mental para permitir às pessoas alcançarem o seu potencial, produtividade no trabalho e a contribuição para as suas comunidades. Desenvolve esta aceção afirmando que ainda existe um longo caminho a percorrer para se conquistar a Saúde Mental plena. Muitas tendências têm de ser revertidas como a negligência dos serviços de saúde e cuidado e a discriminação contra pessoas com desordens mentais e incapacidades psico-sociais. Uma

das medidas apresentadas e que todos os estados-membros estão comprometidos é uma governação mais efetiva para a saúde mental.

Esta pesquisa vem reforçar a posição defendida no estudo *Governance for health in the 21st Century* (Kickbush & Gleicher, 2012) ao demonstrar a necessidade das políticas públicas serem inter e intrasetoriais envolvendo todos os atores públicos e sociais na área da saúde em geral e na saúde mental em específico.

Devido à responsabilização coletiva, ao medo e estigma contra doentes mentais demonstrado pela maioria dos inquiridos, a intersectorialidade não deverá limitar-se só às políticas públicas, mas também a iniciativas comunitárias com diferentes recursos e visões

Em termos de políticas públicas, os dados obtidos apontam para o fomento da educação em saúde e o aumento da consciencialização pública referentes a informações fatuais sobre as doenças mentais de modo a diminuir o estigma associado à doença mental e melhorar o comportamento de procura de ajuda da comunidade. Também ajudará a reduzir a carga de morbilidade psiquiátrica (Salve, 2013).

Os resultados desta pesquisa confirmam que a melhoria da saúde dos portugueses exige uma intervenção que excede o Ministério da Saúde, e exige um alinhamento de políticas de saúde em todas as áreas de governação, potencialmente com impacto nos resultados em saúde, genericamente enquadráveis no programa — Saúde em todas as políticas (Campos, Saturno, & Vaz Carneiro, 2011).

Apontam-se agora algumas medidas a desenvolver com o intuito de promoção da saúde mental, incluindo o modo como a sociedade interage com os doentes mentais estratégias de *protest* (denúncia) conducentes à redução do estigma e discriminação;

- aumento da frequência de contacto com os doentes e que desafiam as representações socialmente construídas;
- planos educativos que não façam da doença mental o parente adormecido das doenças físicas, acordado só quando os doentes se transfiguram em “lobisomens” (Loureiro et al., 2008);

- Um outro campo de intervenção profunda, passará pelos *mass media*, responsáveis pela propagação de informação errada, ofensiva e lesiva, tanto das doenças como da dignidade.

O Papa Francisco (Diário de Notícias, 2018) defende que em primeiro lugar, deve-se procurar a cura do sofrimento do doente. Mas há uma segunda cura, talvez mais difícil, é a cura do medo que leva a marginalizar o sofredor. Existem muitos modos de marginalizar, mesmo com uma pseudo piedade ou com a remoção do problema, se permanecermos indiferentes diante das pessoas marcadas por doenças e dificuldades. Muitas vezes o doente torna-se um problema quando poderia ser ocasião para manifestar a solicitude e a solidariedade de uma sociedade para com os mais frágeis (Francisco, 2018).

É imperativo que os resultados em saúde, devem deixar de ser apenas uma matéria para médicos, enfermeiros e técnicos e passarem a dizer respeito, também, a gestores, políticos e a todos os decisores, em geral (Campos, Saturno & Carneiro, 2011).

## **7.1 Limitações do Estudo**

Durante toda a investigação surgiram diversas limitações a começar pelos escassos estudos em relação aos novos modelos da AP e a saúde mental.

O objetivo inicial desta pesquisa compreendia ainda duas outras dimensões destinadas a ser respondidas por profissionais de saúde: a compreensão da realidade e a cooperação do cidadão no seu tratamento. No entanto, não se conseguiram respostas suficientes para se poder efetuar uma amostra viável.

Aponta-se ainda a necessidade de criação de mais questões de triagem para que se possa conhecer a verdadeira opinião dos portugueses em termos de exclusão e inclusão social.

Outra restrição é a fiabilidade das respostas dadas pelo grupo dos céticos, uma vez que são sempre constantes. O não existirem oscilações poderá indicar que adotaram uma posição nas primeiras questões e a mantiveram durante todo o questionário. O mesmo aconteceu com o grupo dos mais crédulos que poderão ter dado as respostas “social e politicamente” corretas.

Existem sempre novas e melhores formas de melhorar esta investigação. Basta olhar a mesma realidade de uma perspetiva diferente para mudar o rumo e a forma de explicar a mesma realidade. As limitações deste estudo são oportunidades para próximas investigações.



## Referências Bibliográficas

- Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado editora.
- Almeida, J., Mateus, P., Xavier, M., & Tomé, G. (2015). *Joint Action on Mental Health and Welbeing: Towards Community-based and Socially Inclusive Mental Health Care.* Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Almeida, I. (2016). *Contributos para uma estratégia de comunicação de riscos para a área de ambiente.* Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Lisboa: Instituto Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Andrews, R., & Van de Walle, S. (2013). New Public Management and Citizens - Perceptions of Local Service Efficiency, Responsiveness, Equity and Effectiveness. *Public Management Review*, 15(5), 762–783.
- Behn, R. (1999). The New Public Management Paradigm and the Search of Democratic Accountability. *International Public Management Journal*, 1(2), 131–265.
- Bilhim, J. (2000). *Ciência da Administração.* Lisboa: Universidade Aberta.
- Bilhim, J. (2013). *Ciência da administração.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2016). *Políticas públicas e agenda política.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2017). Nova governação pública e meritocracia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 84, 9–25.
- Bourgon, J. (2007). Responsive, responsible and respected government. *International Review of Administrative Sciences*, 73(1), 7–26.
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 67(5), 846–860.

Boyne, G. (2003). Sources of Public Service Improvement: A Critical Review and Research Agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(3), 367–394.

Bryson, J., Crosby, B., & Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 74(4), 445–456.

Caldas-de-Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Campos, L., Saturno, P., & Vaz Carneiro, A. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissário da Saúde.

Carrapato, P., Correia, P., & Garcia, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 676–689.

Carvalho, E. (2008). *Agendas e Reforma Administrativa em Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424.

Christensen, T., & Laegreid, P. (2011). Complexity and Hybrid Public Administration—Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11(4), 407–423.

Cohen, J., & Struening, E. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349–360.

Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Cooper, H., Hedges, L. & Valentine, J. (2009). *The Handbook of Research Synthesis and Meta-analysis*. New York: Russel Sage Foundation.

Correia, P. (2012). *O Impacto do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP) na Satisfação dos Colaboradores – O Caso dos Serviços do Ministério da Justiça em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Correia, P., & Garcia, B. (2015). Administração Hospitalar em Portugal: Evidências Estatísticas de Igualdade Homem-Mulher nas Percepções sobre os Sistemas de Avaliação de Desempenho. *Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero*, 6(1), 127–139.

Correia, P., Carrapato, P., & Bilhim, J. (2016). Administração Hospitalar em Portugal: Relação entre Antiguidade e Envolvimento Laboral e Implicações para o Risco de Saída. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 8(2), 73–79.

Croca, J. (2000). Mais Estado ou menos Estado? Melhor Estado. *Intervenção Social, Revista do ISSSL*, 22, 120–135.

Denhardt, R., & Denhardt, J. (2000). The New Public Service: Serving Rather Than Steering. *Public Administration Review*, 60(6), 549–559.

Denhardt, J., & Denhardt, R. (2003). *The new public service: serving, not steering*. (3ª Edição). Armonk, New York: M.E. Sharpe.

Denhardt, J., & Denhardt, R. (2015). The New Public Service Revisited. *Public Administration Review*, 75(5), 664–672.

Diário de Notícias (2018, Março 1). *Marcelo Pede 'fórmula Intermédia' para Convivência de Público e Privados Na Saúde [Online]*.

Diário de Notícias (2018, Julho 5). *Papa critica marginalização dos doentes e das pessoas com deficiência [Online]*.

Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. , & Hufty, M. (2017). Governance and mental health: Contributions for public policy approach. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1–13.

DGS – Direção-Geral de Saúde (2014). *Saúde Mental em Números*. Lisboa: DGS.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money & Management*, 14(3), 9–16.

Espírito Santo, P. (2010). *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais: Génese, Fundamentos e Problemas*. (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Farah, M. (2011). Administração pública e políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 45(7), 813–836.

Farnham, D., & Horton, S. (1996). *Managing the new public services*. Basingstoke: Macmillan.

Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *New public management in action*. Oxford: University Press.

Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217–223.

Ferreira, M. (2015). *Auditoria Operacional nos Hospitais: Estudo Comparativo entre o Setor Público e o Privado*. Dissertação de Mestrado em Auditoria. Porto: Instituto Politécnico do Porto.

Fonseca, F. (2010). *A evolução das políticas públicas de segurança interna em Portugal, na era da globalização*. Tese de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Fortunato, I. (2014). *A Nova Gestão Pública aplicada em contexto hospitalar: impacto na Cultura Organizacional do Hospital Distrital de Santarém, EPE*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Santarém: Escola Superior de Gestão e Tecnologia.

Frederickson, G. (1999). The repositioning of American public administration. *Political Science & Politics*, 32(4), 701–712.

George, F. (2011). Sobre o conceito de Saúde Pública. *Dossier de Lutas*, 1–12.

Germann, K.; & Ardiles, P. (2009). *Toward flourishing for all: Mental health promotion and*

*mental illness prevention policy background paper*. Vancouver, BC: Pan-Canadian Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention.

Gonçalves, L. (2008). *Análise da eficiência dos hospitais SA e SPA segundo uma abordagem de fronteira de eficiência*. Tese de Doutoramento em Gestão na Especialidade de Métodos Quantitativos de Gestão. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., & Borges, M. (2017). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 4(3), S13.

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F.; Allgulander, C.; Alonso, J.; Beghi, E.; Dodel, R.; Ekman, M., Faravelli, C., & Fratiglioni, L., et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718–779.

Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Hermany, R., & Maschio, D. (2008). Cidadania e espaço público constitucional: Uma abordagem a partir da esfera local. *Âmbito Jurídico*, 6(58).

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69, 3–19.

Isabel, A., Humberto, O., & Neves, M. (2009). *A Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários Artigo de Revisão*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Kettl, D. (2005). *The Global Public Management Revolution*. (2ª Edição). Washington D.C.: Brookings Institution.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century. Global Health Programme*. Geneva: Graduate Institute of International and Development Studies.

Kickert, W. (1993). Complexity Governance and Dynamics: Conceptual Explorations of Public Network Management. In J. Kooiman (Ed.). *Modern Governance*, 191 - 204.

Llewellyn, S., & Northcott, D. (2005). *The average hospital. Accounting, Organizations and*

*Society*, 30(6), 555–583.

Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Referência*, 8, 33–44.

Lupia, A., & Mccubbins, M. (2000). Representation or abdication? How citizens use institutions to help delegation succeed. *European Journal of Political Research*, 37(3), 291–307.

Lynn, L. Heinrich, C. & Hill, C. (2000). Studying governance and public management: Why? How?. In Lynn, L., Heinrich, C. & Hill (Ed.). *Governance and Performance: New Perspectives* (pp. 1–33). Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Meier, K. (1997). Bureaucracy and Democracy: The Case for More Bureaucracy and Less Democracy. *Public Administration Review*, 57(3), 193–199.

Metawie, M., & Gilman, M. (2005). Measurements systems in the Public Sector where performance is linked to pay: A literature review drawn from the UK PhD student in Industrial Relations. *3rd Conference on Performance Measurements and Management Control*, 1–24.

Milward, H., & Keith, G. (2000). Governing the hollow state. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 359–379.

Milward, H., & Francis, T. (2014). The increasingly hollow state: challenges and dilemmas for public administration. *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 36, 70–79.

Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18.

Ngui, E., Khasakhala, L., Ndetei, D., & Roberts, L. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 22(3), 235–244.

Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues.

Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Nunes, A., & Harfouche, A. (2015). A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1–8.

Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 30–37.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da Saúde. Relatório Primavera 2001*. Lisboa: OPSS.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). *Saúde: procuram-se novos caminhos. Relatório Primavera 2016*. Lisboa: OPSS.

ONU - Organização das Nações Unidas (2015). Relatório Sobre os Objetivos do Milénio. *Time for Global Action for People and Planet*, 1–74.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Nova Iorque: Addison-Wesley.

Osborne, S. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–388.

Peters, B. (1994). Managing the hollow state. *International Journal of Public Administration*, 17(3–4), 739–756.

Peterson, J. (2002). Maps of Meaning: The Architecture of Belief. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 299–300.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford: University Press.

Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the public services: The Anglo-American experience*.

Oxford: Basil Blackwell.

Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica.

Rhodes, R. (1997). *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Philadelphia: US Open University.

Robinson, M. (2015). From Old Public Administration to the New Public Service Implications for Public Sector Reform in Developing Countries. *UNDP Global Centre for Public Service Excellence*, 1–20.

Rosanvallon, P. (1995). *La crisis del estado providencia*. Madrid: Civitas.

Saint-Arnaud, J. (2016). *Désinstitutionnalisation et responsabilité de l'État dans l'accessibilité aux services en santé mentale au Québec*. *Éthique Publique*, 3(1).

Salamon, L. (2002). The Tools of Government: A Guide to the New Governance. *The New Governance and the Tools of Public Action*, 1–47.

Santos, P., & Selig, P. (2014). Indicadores para o novo serviço público: uma análise bibliométrica e sistêmica. *Perspectivas Em Ciência Da Informação*, 19(3), 82–97.

Santos, S. (2017). *Estudo das Percepções de Cibersegurança e Cibercrime e as Implicações na Formulação de Políticas Públicas Estudo Exploratório do Caso Português*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Secchi, L. (2010). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347–369.

Sícoli, J., & Nascimento, P. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-122 .

Silva, M. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128.



Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.

Skelcher, C., Mathur, N., & Smith, M. (2005). The Public Governance of Collaborative Spaces: Discourse, Design and Democracy. *Public Administration*, 83(3), 573–596.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Terry, L. (2005). The Thinning of Administrative Institutions in the Hollow State. *Administration & Society*, 37(4), 426–444.

Tunstall-Pedoe, H. (2006). Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1107.

Vieira, M. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121–128.

Vieira, R. (2008). Administração Pública de caráter democrático e participativo no Estado de Direito no Brasil: O Novo Serviço Público face a Constituição de 1988. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, 26, 1–29.

WHO - World Health Organization. (1948). *Constitution of WHO*. Official Records of WHO. Geneva: World Health Organization.

WHO - World Health Organization (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

WHO - World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

## Anexos

---

### Dimensão 1 - Consciência e experiência pessoal com doença mental

---

- 7. O seu conhecimento e compreensão do conceito de saúde mental é razoável
  - 9. Você já teve algum distúrbio mental (como depressão, psicose)?
  - 10. Durou mais de um ano?
  - 11. Tem algum transtorno mental crónico (depressão crónica, bipolaridade, demência, esquizofrenia)?
  - 12. Se respondeu que sim na alínea anterior, esse transtorno impediu-o(a) de trabalhar?
  - 13. Conhece alguém que sofra ou tenha sofrido alguma perturbação mental?
- 

### Dimensão 2 - Responsabilização do Estado

---

- 14. Se houvesse prevenção e tratamento, os transtornos mentais teriam sido evitados.
  - 15. Se o Estado tivesse mais instrumentos de apoio, prevenção e tratamento, o número de indivíduos com perturbações psicológicas seria muito menor.
  - 16. O Estado é o principal responsável pelo bem-estar dos cidadãos e por ajudar pessoas que sofrem ou sofreram de uma doença mental.
  - 17. A maioria dos impostos deve ser gasta no tratamento e cuidado de pessoas com doenças mentais crónicas.
  - 21. Os doentes mentais deveriam ser internados em instituições públicas.
  - 22. Se os nossos hospitais possuísem médicos, enfermeiros, auxiliares bem treinados e em número suficiente, muitos dos pacientes ficariam bem o suficiente para viver fora do hospital.
  - 28. As pessoas que não conseguem trabalhar devido a doenças mentais devem receber subsídios para despesas de subsistência.
- 

### Dimensão 3 - Responsabilização de outros *stakeholders*

---

- 18. Instituições religiosas como asilos religiosos devem ser responsáveis por internar e remover pessoas com transtornos mentais da vida pública.
  - 19. A família e os amigos são os principais responsáveis pela prevenção, apoio e tratamento do indivíduo com transtornos mentais temporários ou permanentes.
- 

### Dimensão 4 - Causas da doença mental e necessidade de serviços especiais. Responsabilização do Cidadão

---

- 32. Uma das principais causas da doença mental é a falta de força moral ou força de vontade.
- 34. Jordan Peterson, um famoso psicólogo clínico canadense diz que as pessoas consultam psicólogos, porque estão doentes mentalmente. Peterson defende que o verdadeiro problema é o fato das pessoas não conseguirem lidar com a complexidade e os problemas da vida (desemprego, morte de familiar, fim de relação, problemas financeiros...). Por vezes, parece que a vida só vai tornar-se cada vez mais complicada. Por isso, as pessoas tendem a colapsar no ponto mais fraco. E começa a desenvolver sintomas fisiológicos, podem começar a consumir álcool, drogas e a sofrer de depressão. Concorda com esta teoria?

35. Jordan Peterson também afirma que para as pessoas saírem da depressão e terem uma vida com significado é necessário que tenham rotinas e responsabilidades, de outra forma não conseguem. Concorda?

---

**Dimensão 5 - Medo e exclusão de pessoas com doenças mentais**

---

20. As pessoas com doenças mentais nunca deveriam ser tratadas no mesmo hospital que as pessoas com doenças físicas.

23. Aqueles que já estiveram internados em hospitais psiquiátricos jamais voltarão a ser os mesmos.

24. Muitos pacientes mentais são capazes de ser mão-de-obra qualificada, mesmo que em alguns aspetos sejam muito perturbados mentalmente

25. Os nossos hospitais psiquiátricos parecem mais prisões do que lugares onde pessoas mentais podem ser tratadas.

26. Qualquer pessoa que esteve internada por doença mental não deveria ser autorizada a votar

27. Ser paciente num hospital mental é tornar-se um fracasso na vida.

29. A doença mental é geralmente causada por alguma doença do sistema nervoso.

30. Embora alguns pacientes mentais pareçam estar bem, é perigoso esquecer, por um momento que estão mentalmente doentes.

31. Os nossos hospitais psiquiátricos deveriam estar organizados para que o paciente se sinta em casa.

33. Há pouco que pode ser feito para pacientes de um hospital mental, exceto assegurar que eles estão confortáveis e bem alimentados.

39. Pensa que os indivíduos que já tiveram uma vez na vida uma doença mental deveriam trabalhar?

40. Se respondeu afirmativamente, na sua opinião que funções/empregos poderiam desempenhar? Por favor indique 3.

---

**Dimensão 6 - Justiça Social e Reciprocidade**

---

36. É justo os contribuintes pagarem pela prevenção, tratamento, acompanhamento e cura de uma pessoa com doenças mentais.

37. É justo os doentes mentais receberem apoios sociais mesmo que não ofereçam nada em troca à sociedade

38. Na sua opinião, de que forma os cidadãos com doenças mentais que beneficiam de apoios estatais e comunitários poderiam contribuir para a sociedade?

---

**Dimensão 7 - Capacidades do indivíduo com doenças mentais - Inclusão Social**

---

8. A doença mental é uma doença como outra qualquer.

41. Na sua opinião, que tipo de doenças mentais pensa que não afetam a capacidade de trabalhar normalmente?

42. Empregaria um indivíduo com histórico de transtornos mentais (bipolar, esquizofrenia, depressão, depressão major, por exemplo)?

---

**Dimensão 8 - Compreensão da realidade**

---

43. Quantos pacientes com transtornos mentais acompanhou no ano passado?

- 44. Quantos pacientes com transtornos mentais acompanhou nos últimos 5 anos?
- 45. Quantos desses pacientes sofrem de doenças mentais crónicas?
- 48. Nas primeiras consultas quantos pacientes ficam hospitalizados?
- 50. Qual a média de duração de um internamento?

---

**Dimensão 9 - Cooperação do cidadão com doenças de foro mental, no tratamento da doença mental**

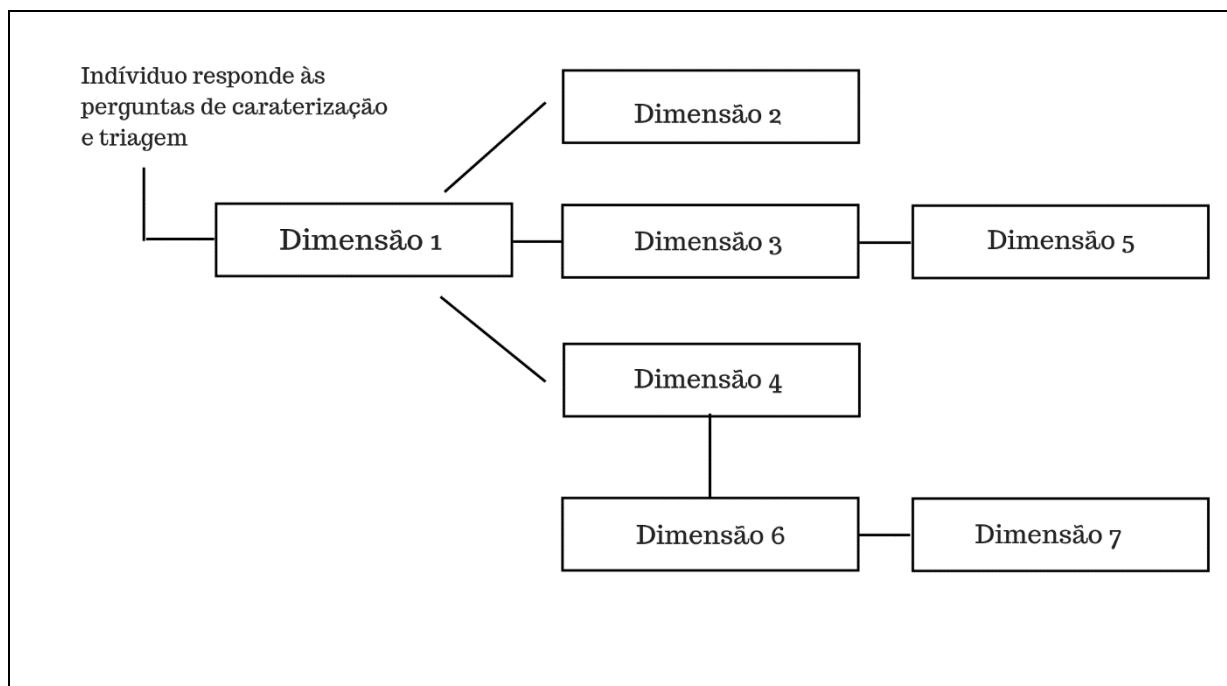
---

- 46. Dos pacientes com doenças mentais que acompanhou nos últimos cinco anos qual a percentagem dos que estão aptos a trabalhar?
- 47. Quantos estão realmente a trabalhar?
- 49. Quantos recusaram ou interromperam os tratamentos sem que fosse que fosse aconselhado pelo médico?

---

**Anexo 1** – Questões colocadas aos inquiridos e respetivas dimensões agregadoras

**Fonte:** Elaboração própria baseado no trabalho *Attitudes to Mental Illness 2014 Research Report* (London, Department of Health, Time to Change 2015) e adaptado à realidade portuguesa pela autora.



**Anexo 2** –Modelo de Análise das Dimensões

**Fonte:** Elaboração própria

Resposta à Pergunta 38	Frequência absoluta (n <sup>os</sup> 389)	Frequência relativa (%)
Trabalhos Comunitários / Voluntariado	44	11,31
Outras	40	10,28
Trabalhando	27	6,94
Onde quiserem, se sentirem bem e tiverem capacidade	21	5,40
Depende da doença ou grau	14	3,60
Participando na sua recuperação	13	3,34
Partilhar o seu problema e ajudar outros na mesma situação	13	3,34
Nenhuma / Não têm de contribuir	10	2,57
Trabalhando para o Estado / Instituições Públicas	6	1,54
Jardinagem	6	1,54
Valores Omissos / Abstenção	195	50,13

**Anexo 3** – respostas obtidas em relação à questão 38 - *Na sua opinião, de que forma os cidadãos com doenças mentais que beneficiam de apoios estatais e comunitários poderiam contribuir para a sociedade?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 40	Frequência absoluta (nºs 389)	Frequência relativa (%)
Depende	39	10,03
Qualquer	38	9,77
Outras	25	6,43
Tarefas administrativas	22	5,66
Jardineiro	17	4,37
Atendimento ao público	8	2,06
Serviços de Limpezas	7	1,80
Cozinha	7	1,80
Voluntariado	6	1,54
Limpezas de ruas	6	1,54
Mecânico	4	1,03
Tratador de animais	3	0,77
Gestão	3	0,77
Armazém	3	0,77
Profissionais de vendas	2	0,51
Artes, Cultura	2	0,51
Não sei	2	0,51
Biblioteca	2	0,51
Advogado	2	0,51
Engenharia	2	0,51
Marketing	2	0,51
Guia Turístico	2	0,51
Auxiliar Social	2	0,51
Quase Todas	2	0,51
Trabalho no Campo	2	0,51
Fábricas	2	0,51
Valores Omissos	177	45,50

**Anexo 4** – respostas obtidas em relação à questão 40. Se respondeu afirmativamente, na sua opinião que funções/empregos poderiam desempenhar? Por favor, indique 3.

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 41	Frequência absoluta (nºs 389)	Frequência relativa (%)
Depressão	65	16,71
Todas	45	11,57
Bipolaridade	29	7,46
Nenhuma	16	4,11
Não sei / N/A	16	4,11
Esquizofrenia	10	2,57
Valores Omissos	208	53,47

**Anexo 5** – respostas obtidas em relação à questão 41. *Na sua opinião, que tipo de doenças mentais pensa que não afetam a capacidade de trabalhar normalmente?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 43	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 100	22	39,29
100	3	5,36
200	0	0,00
300	4	7,14
500	1	1,79
500 ou mais	1	1,79
Valores Omissos	25	44,64

**Anexo 6** – respostas obtidas em relação à Questão 43. *Quantos pacientes com transtornos mentais acompanhou no ano passado?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 44	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 100	22	39,29
100	3	5,36
200	4	7,14
300	2	3,57
500	0	0,00
500 ou mais	1	1,79
Valores Omissos	24	42,86

**Anexo 7** – respostas obtidas em relação à *Questão 44. Quantos pacientes com transtornos mentais acompanhou nos últimos 5 anos?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 45	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 100	23	41,07
100	4	7,14
200	4	7,14
300	1	1,79
500	0	0,00
500 ou mais	0	0,00
Valores Omissos	24	42,86

**Anexo 8** – respostas obtidas em relação à *Questão 45. Quantos desses pacientes sofrem de doenças mentais crónicas?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos



Resposta à Pergunta 46	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
10%	2	3,57
20%	1	1,79
30%	2	3,57
40%	1	1,79
50%	2	3,57
60% ou mais	4	7,14
Valores Omissos	12	21,43

**Anexo 9** – respostas obtidas em relação à Questão 46. *Dos pacientes com doenças mentais que acompanhou nos últimos cinco anos qual a percentagem total dos estão aptos a trabalhar?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos.

Resposta à Pergunta 47	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 10%	2	3,57
10%	1	1,78
20%	2	3,57
30%	1	1,78
40%	3	5,35
50%	0	0
60% ou mais	3	5,35
Valores Omissos	44	78,57

**Anexo 10** – respostas obtidas em relação à Questão 47. *Quantos estão realmente a trabalhar?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 48	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 10	7	12,50
10	2	3,57
20	2	3,57
Valores Omissos	45	80,36

**Anexo 11** – respostas obtidas em relação à Questão 48. *Nas primeiras consultas quantos pacientes ficam hospitalizados?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 49	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
Menos de 10	1	1,79
10	3	5,36
20	3	5,36
30	1	1,79
40	0	0,00
50 ou mais	3	5,36
Valores Omissos	45	80,36

**Anexo 12**– respostas obtidas em relação à Questão 49. *Quantos recusaram ou interromperam os tratamentos sem que fosse aconselhado pelo médico?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

Resposta à Pergunta 50	Frequência absoluta (nºs 56)	Frequência relativa (%)
1 ano	1	1,79
2 anos ou mais	0	0,00
1 mês	2	3,57
1 semana	4	7,14
2 semanas ou mais	2	3,57
Valores Omissos	47	83,93

**Anexo 13** – respostas obtidas em relação à Questão 50. *Qual a média de duração de um internamento?*

**Fonte:** Elaboração própria com base nos resultados obtidos

**[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)**